

Etude Clinique du Développement Psycho-Moteur des Nourrissons, placés en Pouponnière

THÈSE

présentée

à la FACULTÉ MIXTE de MÉDECINE et de PHARMACIE
de LYON

et soutenue publiquement le 25 Mai 1965
pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

PAR

Brigitte VOTAN-BONAMOUR

née le 5 Novembre 1935

à LYON



VILLEURBANNE
Imprimerie R. GAUTHIER
17, Rue Colonel-Klobb

1965

Etude Clinique du Développement
Psycho-Moteur
des Nourrissons, placés en Pouponnière

Etude Clinique du Développement Psycho-Moteur des Nourrissons, placés en Pouponnière

THÈSE

présentée

à la FACULTÉ MIXTE de MÉDECINE et de PHARMACIE
de LYON

et soutenue publiquement le 25 Mai 1965
pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

PAR

Brigitte VOTAN-BONAMOUR

née le 5 Novembre 1935

à LYON



VILLEURBANNE
Imprimerie R. GAUTHIER
17, Rue Colonel-Klobb

1965



PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyens Honoraires: M. J. LEPINE Membre de l'Institut - M. H. HERMANN Correspondant de l'Institut

Doyen M. J.-F. CIER

Assesseurs: MM. M. LEVRAT, L. REVOL

Professeurs Honoraires : MM. PATEL, LEPINE, TRILLAT MOURIQUAND, MAZEL, GARIN, GATE, MARTIN, GABRIELLE, SANTY, DUCLOS, GUILLEMINET, HERMANN, ROCHET, POLOSSON

PROFESSEURS

Clinique urologique	CIBERT.	Bactériologie	MM. MONNET
Physique biologique,	PONTHUS (dét. à Beyrouth).	Clinique traumatologique des membres	CREYSSEL J.
Clinique neuro-psychiatrique et hygiène mentale.....	DECHAUME.	Pathologie générale et expérimentale	GIRARD P.
Clinique organique et toxicologie.	CHAMBON.	Anatomie	LATARJET.
Clinique médicale B	PAUPERT-RAVAULT	Pathologie chirurgicale	PEYCELON.
Clinique et prophylaxie cardiovasculaires	FROMENT.	Thérapeutique	GIRARD M.
Clinique médicale C	CROIZAT.	Pathologie médicale	VACHON.
Chimie biologique et médicale..	ENSELME.	Physio-pathologie des voies respiratoires	GALY.
Clinique chirurgicale A	MALLET-GUY.	Histologie et embryologie	PAPILLON.
Pharmacie galénique	REVOL.	Radiologie	JEUNE
Clinique obstétricale.....	PIGEAUD.	Clinique des maladies infectieuses	GONIN
Médecine du travail	BOURRET.	Hydrologie thérapeutique, climatologie et écologie sociale	BANSSILLON
Clinique médicale A	LEVRAT C.	Physiologie et Pathologie Ostéoricales.....	CHATONNET.
Hygiène et action sanitaire et sociale	SOHIER.	Physiologie	GUINET.
Botanique et cryptogamie	NIETEN.	Clinique des maladies endocrinologiques	MM. CIER J.-F.
Clinique chirurgicale C	BERTRAND.	Physiologie A.....	TRILLAT
Chimie analytique pharmacologique	BADINAND.	Clinique de chirurgie orthopédique	FREIDEL
Thérapeutique chirurgicale et Pharmacochimie et pharmacologie	DREVN.	Clinique stomatologique	MARION Joseph
Médecine légale et déontologie..	ROCHE.	Clinique de chirurgie et d'orthopédie infantile	DORCHE
Parasitologie et pathologie exotique	COUDERT.	Matière médicale, législation pharmaceutique	DUMONT Louts
Clinique d'oto-rhino-laryngologie et d'audio-phonologie	MOUNIER-KUHN	Histologie et embryologie	PERROT
Clinique ophtalmologique	PAUFQUE.	Chimie organique et toxicologie.	PERRIN J.
Clinique dermatologique et syphiligraphique et allergologie	THIERS.	Thérapeutique chirurgicale, chirurgie opérat.	MICHAUD Pierre
Clinique de pneumo-phthisiologie	BRUN.	Clinique de chirurgie cardiaque	SARROUY Charles
Cancérologie	DARGENT.	Clinique médicale infantile	MATHIEU
Anatomie pathologique	GUICHARD.	Clinique gynécologique	X.
		Clinique des maladies infectieuses..	

PROFESSEUR A TITRE PERSONNEL

Physique nucléaire appliquée à la médecine	MM. BERGER	Hygiène et Climatologie.....	MM. LACROIX
Bactériologie	BERTOYE	Propédeutique chirurgicale.....	LIARAS
Chirurgie générale	MANSUY	Neuro-chirurgie	LECUIRE
Chimie générale et pharmaceutique	COLLET	Médecine générale	REVOL
Thérapeutique chirurgicale	GOINARD	Médecine générale	TRAEGER.
Pharmacie chimique et pharmacologie.....	CIER A.		PONT.

PROFESSEURS

Parasitologie	MM. ROMAN.	Parasitologie	MM. GARIN J.-P.
Anatomie pathologique	FE ROLDI.	Médecine générale	DESPIERRES Ch.
Physique biologique	MORET R.	Médecine du Travail	TOLOT.
Botanique et Cryptogamie	ODDOUX.	Chimie analytique	De SOLLIERS

MAITRES DE CONFÉRENCE AGRÉGÉS TITULAIRES

Chimie biologique et médicale..	CREYSSEL R.		GILLY
Hygiène	THIVOLET J.		BETHENCOD
Neurologie et Psychiatrie	GUYOTAT.		LARBRE
Electro-Radiologie	PINET		DELAHAYE
	BUFFARD	Médecine générale	DELEUZE
Chirurgie générale	DESCOTES Jacques	Anesthésiologie	GIRAUD
Pathologie expérimentale	JOUVET Michel	Electro-radiologie diagnostic et thérapeutique	ANESTHÉSIOLOGIE
Anatomie pathologique	TOMMASI Michel	Anesthésiologie	MICHEL
Médecine générale et thérapeutique.....	LEJEUNE	Pédiatrie et puériculture	FRANÇOIS.
Stomatologie.....	de MOURGUES.	Chirurgie générale	MICHOULIER
Maladies infectieuses.....	NAUSSAC	Dermatologie	COLOMB
Chirurgie générale	REBOUILLAT	Pneumo-Phthisiologie	KALB Jean-Claude
Médecine générale	LEMBERT	Anatomie	BOUCHET Alain
	FRIES	Médecine légale	COLIN.
	ROBERT	Chirurgie générale	SOUSTELLE
	VIALA	Bactériologie, parasitologie, virologie	VINCENT
Pédiatrie	ROMAGNY	Physique biologique	PEYRIN
		Immunologie, serologie, hématologie.....	GERMAIN

MAITRES DE CONFÉRENCES AGRÉGÉS STAGIAIRES

Hématologie	FAVRE-GILLY Jean	Biologie médicale et pharmacodynamie	FAUCON
Histologie embryologie	GROD	Physiologie	FLANDROIS
Chimie biologique	GRAS Jean	Bactériologie	VIALIER-RAYNARD
Hygiène	RIFFAT Georges	Pharmacie galénique	ROLLET
Chimie analytique	MALLIEN		

AGRÉGÉS EN EXERCICE

Ophtalmologie	BONAMOUR	Urologie	DURAND Louis.
Chirurgie générale	De MOURGUES G.	Oto-Rhino-Laryngologie	GAILLARD Jean
Médecine générale	DEVIC Michel.	Orthopédie	FAYSSE
	PERRIN André		SCHNEPP
	NORMAND	Ophtalmologie	HUGONNIER
	MORNEX	Obstétrique	GARMIER
	GARDE		DUMONT Martial.
	NOËL	Neuro-chirurgie	ALLEGRE
Chirurgie générale	FRANCILLON.	Neuro-psychiatrie	SCHOTT.
	SAUBIER.	Obstétrique	GARMIER
	MOUNIER-KUHNA.	Stomatologie	DUMAS
	MARET		

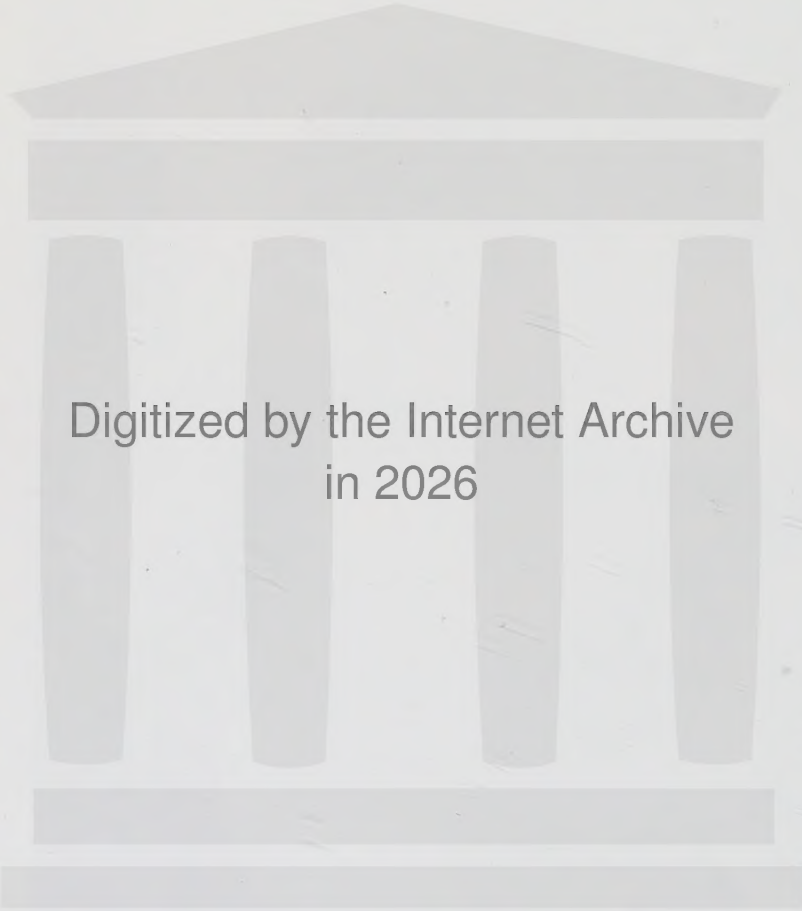
EXAMINATEURS DE LA THESE

Président: Professeur M. JEUNE

Assesseurs: Professeurs P. GIRARD, A. BERTOYE, M. GIGNOUX

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation





Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552628_0078

A MON PERE, LE DOCTEUR G. BONAMOUR
ET A MA MERE

En témoignage de ma reconnaissance
profonde pour leur bonté et leur compréhension à mon égard.

A MA GRAND-MERE PATERNELLE

A qui je dois beaucoup.

A MES GRANDS-PARENTS MATERNELS

Avec toute mon affection.

A MON MARI

A MES ENFANTS, BRUNO ET VERONIQUE

A MA SŒUR, REGINE

A TOUTE MA FAMILLE

A MES AMIS

A TOUS MES CAMARADES DU DIPLOME DE PEDIATRIE

A TOUS CEUX QUI M'ONT AIDÉE AU COURS DE MES ANNEES
D'ETUDE

et plus particulièrement à :

MONSIEUR H. GABRIELLE
Professeur Honoraire
Président des Hospices Civils de Lyon

En gage de notre respectueuse gratitude.

MONSIEUR LE DOCTEUR P.E. DUROUX

Qu'il veuille bien accepter notre reconnaissance pour son dévouement et sa compréhension.

MONSIEUR LE PROFESSEUR R. FRANÇOIS

Nous avons toujours été touchée par son dévouement que nous avons pu apprécier personnellement à maintes reprises.

Qu'il soit assuré de notre gratitude pour tout ce qu'il a fait pour nous.

A NOTRE PRESIDENT DE THESE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR M. JEUNE

Nous le remercions pour le grand honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de cette thèse.

Nous avons eu le privilège de passer plusieurs mois dans son Service et d'admirer sa science et sa bonté.

A NOS JUGES :

MONSIEUR LE PROFESSEUR P. GIRARD

Nous sommes sensible à sa présence parmi nos juges et nous savons déjà, par les preuves qu'il nous en a données, qu'il sera un juge compréhensif.

Qu'il veuille bien trouver ici le témoignage de notre affectueuse gratitude.

MONSIEUR LE PROFESSEUR A. BERTOYE

Nous avons eu le plaisir d'apprécier sa gentillesse au cours des mois passés dans son Service.

Nous lui exprimons notre reconnaissance pour la bienveillance avec laquelle il a accepté d'être notre juge.

MONSIEUR LE PROFESSEUR M. GIGNOUX

Nous n'avons pas eu l'honneur d'être son élève, mais nous avons pu apprécier par expérience personnelle et familiale à la fois, son dévouement et sa gentillesse, et comment un médecin peut savoir approcher les enfants sans s'en faire craindre.

Qu'il soit assuré de notre gratitude pour avoir de plus bien voulu juger notre thèse.

INTRODUCTION

Cette thèse est faite dans le but de montrer que dans une pouponnière, la surveillance du développement psychique et affectif de l'enfant est aussi importante que la surveillance de la santé physique. Il est, actuellement, tout à fait possible, même dans une pouponnière à gros effectif, que les enfants s'y développent harmonieusement et régulièrement, tant au point de vue somatique que psycho-moteur et affectif.

Cette étude a été faite à la Pouponnière de la Croix-Rouge Française, à Saint-Cyr-au-Mont-d'Or (Rhône) - Pouponnière pour enfants débiles de 0 à 3 ans, au cours de l'année 1963. Elle porte sur 464 *enfants*, dont 110 ont été suivis d'une façon détaillée.

De plus, nous avons étudié 27 *enfants* ayant fait à la Pouponnière un séjour particulièrement long, toujours supérieur à 1 an.

Et enfin, nous avons voulu terminer par des constatations faites sur 44 *enfants* vivant dans un secteur de la Pouponnière, avec leur mère, dans un petit « Hôtel Maternel » fonctionnant parallèlement à la Pouponnière.

Le but de ce travail n'est pas d'apporter des connaissances nouvelles, ni de proposer des solutions neuves, mais simplement :

— De voir vivre au jour le jour, pendant 1 an, la Pouponnière et de rapporter les constatations faites sur les enfants, objectivement, à la lumière des données nouvelles en psychologie infantile.

— D'étudier, à travers tous ces enfants, les conséquences de leur séparation du milieu familial, ceci en fonction de leur âge au moment de la séparation, en fonction de la cause de leur admission et en fonction de la durée de leurs séjour, en tenant compte de l'individualité propre de chaque enfant, qui réagit différemment au même stress émotionnel selon sa constitution psychique et aussi selon son « vécu » affectif avant son entrée en pouponnière.

Notre but est aussi :

— D'essayer de voir pourquoi ces enfants ont un air heureux et pourquoi ils semblent adaptés à leur vie en collectivité, loin de leur mère.

— D'essayer enfin de savoir comment ces résultats ont été obtenus et par quels moyens.

La conclusion de cette thèse sera tirée normalement des observations faites. Nous verrons si la Pouponnière de Saint-Cyr-au-Mont-d'Or répond au critère suivant :

— donner à l'enfant la possibilité de s'épanouir normalement, ne pas entraver son développement psycho-moteur ;

— permettre aux enfants ayant un développement psycho-moteur retardé par de nombreux séjours hospitaliers de récupérer un développement normal ; en un mot, permettre à l'enfant d'être heureux en remplaçant le plus possible sa mère.

Que Monsieur le Docteur Paul BERTOYE, médecin-chef de cette pouponnière, veuille bien recevoir nos remerciements ; sans lui ce travail n'aurait pu être réalisé. Il se consacre à cette pouponnière depuis sa création et aucun problème se rapportant à l'enfance ne saurait le laisser indifférent.

Il nous a guidé dans ce long travail en nous faisant part de sa riche expérience et en nous accueillant toujours avec beaucoup de bienveillance.

Nous tenons également à remercier Monsieur le Docteur BOULEZ : c'est grâce à sa compréhension qu'il nous a été possible de passer une année à la pouponnière.

Que nos remerciements aillent aussi à Mademoiselle C. DUMORAND, directrice de cette pouponnière, depuis sa création, qui a toujours su nous réserver sa cordiale hospitalité et a toujours bien voulu prendre le temps de répondre à nos questions.

De même, que Monsieur DUFOURT, professeur de Philosophie à l'Ecole Normale de Lyon et professeur de Psychologie à l'Ecole de Psychologie de Lyon, psychologue attitré de cette pouponnière depuis 10 ans, veuille bien trouver ici notre reconnaissance. Il a bien voulu nous initier aux tests employés à la pouponnière selon la méthode de BRUNET et LEZINE, et nous expliquer les différentes réactions observées. Ses conseils et sa connaissance profonde du petit enfant, sa possibilité de prendre contact avec l'enfant sans l'intimider nous ont été d'un grand secours dans nos observations.

Que Mademoiselle JAMMET et Mademoiselle LUPEZZA, directrices respectivement de la Pouponnière-Ecole G. Richer et de la Pouponnière de La Chaux, prennent part à nos remerciements. Elles méritent aussi toute notre gratitude en nous ayant toujours accueillie avec une parole aimable et en ayant toujours été à notre disposition pour raconter des faits importants observés chez les petits enfants auxquels nous nous intéressions.

Que Mesdames les Secrétaires des deux Pouponnières ne soient pas non plus oubliées. Elles nous ont toujours été d'un grand secours.

Enfin, nous associons tout le personnel des deux pouponnières à nos remerciements. Sa gentillesse a toujours été pour nous une aide dans la poursuite de ce travail.

PREMIERE PARTIE

CARENCE AFFECTIVE DE L'ENFANT SEPRE DE SA MERE RAPPEL HISTORIQUE ET EVOLUTION DES IDEES

Depuis quelques années, la médecine de la personne devient une médecine psycho-somatique, tant il est vrai que l'homme est un tout et que la dualité corps-esprit ne saurait être séparée sans préjudice pour l'un ou pour l'autre.

Ceci est encore plus vrai pour le nourrisson et le jeune enfant en plein développement psycho-affectif. Chacun sait, en effet, qu'un enfant malade n'est pas heureux et que le trouble organique engendré par la maladie peut avoir des répercussions sur son développement psycho-moteur et affectif, qu'il peut même l'inhiber et l'entraver.

A l'inverse, un enfant dont l'équilibre psycho-affectif n'est pas réalisé ne pourra se développer physiquement ; et « un enfant heureux guérit vite ». Il est donc important de préserver l'équilibre psycho-affectif du nourrisson placé en pouponnière et de prévenir des troubles qui, s'ils apparaissaient, pourraient de plus marquer l'enfant, d'une façon irréversible parfois, dans son développement.

Pour que l'enfant puisse se développer d'une façon satisfaisante, la dualité mère-enfant est un élément essentiel.

Cette notion de l'influence maternelle sur le développement psycho-moteur du nourrisson a été reconnue par toutes les époques et chez tous les peuples ; il a été reconnu en effet que l'enfant doit à sa mère son premier éveil à la connaissance du monde : « *Incipe parve puer, risu cognoscere matrem* ».

MARFAN avait déjà écrit en parlant du nourrisson, dans les premières pages des cliniques des maladies de la première enfance : « Son développement semble exiger qu'on se mette en communication psychique avec lui par le regard, le sourire, les appels et les chants sans signification que savent inventer les mères et les nourrices ».

A lire le grand nombre de publications qui se succèdent depuis plusieurs années à ce sujet, il semblerait que ce problème se soit brusquement imposé aux médecins d'enfants et aux psychiatres en ce qui concerne les enfants placés en collectivité. Cela est dû à ce qu'il avait été masqué auparavant par la lutte contre la mortalité, très importante dans les crèches et les collectivités d'enfants. Ce souci d'améliorer la santé physique de l'enfant en faisant baisser la mortalité et la morbidité était évidemment le souci primordial qui leur avait fait, non pas ignorer, mais mettre sur le compte de la maladie, les troubles liés au séjour en collectivité. La découverte des antibiotiques et d'une diététique rationnelle, permettant de faire baisser la mortalité, a fait ainsi paraître plus évidents les retards psycho-moteurs, souvent très importants, apparus dans les collectivités d'enfants.

Ces observations ont coïncidé avec les travaux des neuro-psychiatres sur l'importance des chocs affectifs dans la production de troubles du comportement du nourrisson et sur leur retentissement possible, lointain, sur « l'irrégularité » des adolescents et des adultes.

Ainsi est apparue en pleine lumière l'importance de la présence maternelle, ou de la personne faisant fonction de mère pour l'enfant, nourrice ou nurse, et les troubles produits par sa carence. Si celle-ci est prolongée, les troubles sont des plus inquiétants.

Il n'est, pour références, qu'à se rappeler les observations faites par SPITZ et WOLF, qui ont observé, pendant 2 ans, 91 enfants élevés dans un orphelinat, avec 1 infirmière pour 10 enfants ; le retard psycho-moteur est considérable ; les enfants sont apathiques et passifs.

SPITZ compara ces enfants avec d'autres, élevés aussi en institution, mais avec leur mère (placée là par autorité judiciaire). Il

constata que le développement psycho-moteur de ces enfants était normal dans tous les cas et que, de plus, la mortalité était presque nulle.

De même les observations faites par Mme J. AUBRY en 1955 dans sa très intéressante monographie « La carence des soins maternels », où elle étudie à la Fondation Parent de Rosan le comportement des enfants de 1 à 3 ans séparés de leur famille. Ses observations sont très alarmantes. Elle montre que la carence est d'autant plus grave que l'enfant est plus jeune ; elle en décrit les aspects cliniques de gravité progressivement croissante, elle insiste sur le pronostic très réservé.

GOLDFARD lui aussi a comparé deux groupes de 15 enfants, les uns en collectivité, les autres dans un foyer nourricier : les premiers sont moins développés.

Mais LAUNAY a fait justement remarquer que si personne ne peut mettre en doute qu'il existe un handicap certain pour les enfants élevés « en institution », celui-ci est très inégal : il dépend des conditions de vie dans l'établissement.

En Angleterre, BURLINGHAM et Anne FREUD ont étudié un groupe de 60 enfants de 1 à 5 ans, privés de famille pendant la guerre. Ils ont fait un effort pour recréer autour de ces enfants un climat favorable et maternel et ils n'ont observé aucune arriération.

Cet état particulier à l'enfant séparé de sa mère a été appelé « Marasme hospitalier », puis « Hospitalisme », terme créé par SPITZ en 1945. SPITZ définit l'hospitalisme comme étant « l'altération de la santé due à un long confinement dans un hôpital ou à la condition malsaine de l'atmosphère d'un hôpital ».

Peu à peu la signification de ce terme a été élargie et a désigné l'effet nocif du séjour sur les enfants placés dans des institutions depuis leur plus jeune âge, particulièrement du point de vue psychiatrique. L'extrême gravité de ces accidents est, de l'avis de SPITZ et de tous les observateurs, due à l'arrêt du développement affectif du nourrisson sous l'influence de la séparation d'avec sa mère.

Les troubles de carence maternelle s'installent progressivement ; cette notion de progressivité est importante, car elle conditionne en partie les possibilités de réadaptation ; moins longue est la séparation, plus rapide est le retour à la normale.

Cet « hospitalisme » conduit l'enfant à un état d'apathie et d'indifférence totale, tant pour la nourriture que pour les stimulations extérieures, état qui, à la longue, pouvait aboutir à la mort de l'enfant dans un état d'athrepsie, par manque d'amour, et ensuite incapacité à recevoir de l'amour et à se réadapter à une vie familiale normale.

Ce problème est devenu angoissant lorsque les psychologues d'enfants, s'appuyant sur une meilleure connaissance de la psychologie du jeune âge et du développement psycho-affectif, ont constaté que ces troubles affectifs des premières années pouvaient engager l'avenir mental ultérieur.

BOWLBY compare deux groupes de 44 enfants de milieu équivalent, les uns voleurs, les autres non voleurs. Dans le premier groupe, 17 avaient subi avant l'âge de 5 ans une séparation familiale de plus de 6 mois. Mais il est aussi possible dans ces cas-là de mettre en évidence l'intrication d'autres facteurs dont le moindre ne semble pas être « l'hérédité mentale » ou terrain constitutionnel.

De là, ce terme de carence qui évoque un besoin absolu et, s'il n'est pas satisfait, un désordre qui va s'aggravant ; tout comme la carence vitaminique ou protidique sur le plan somatique.

Il est actuellement certain que, comme l'écrit BOWLBY, « la carence prolongée de soins maternels produit chez le jeune enfant des dommages non seulement graves, mais durables, qui modifient son caractère et perturbent ainsi toute sa vie future ».

Il est donc non moins évident que ce problème se pose avec acuité pour les pouponnières recevant des enfants de 0 à 3 ans, et qu'il est important de connaître les premiers signes de carence affective et de savoir y remédier par une connaissance approfondie de la psychologie infantile. Il faut insister surtout, avec MAILLET, « sur la nécessité de l'élément affectif qui trouve son plein épanouissement dans l'amour de la mère, dont le visage, le sourire, les caresses sont si nécessaires au développement psychique et à la joie du bébé ».

A tous les stades du développement du petit enfant, l'affectivité est l'élément dynamique et la mère est au centre de cette affectivité. C'est d'elle que viennent à l'enfant ses premiers contacts avec le monde extérieur. Il y a entre mère et enfant une interaction constante ; c'est pour l'enfant le sentiment de sécurité qui en résulte qui permet la progression normale de sa croissance affective.

La difficulté de mettre en évidence cette action est qu'elle n'apparaît qu'à une période bien déterminée de la vie. Pour que le choc affectif se produise, il faut en effet que l'enfant ait conscience de la séparation d'avec sa mère, donc qu'il ait déjà différencié le visage de sa mère par rapport à lui-même. SPITZ fixe à 8 mois cette conscience, LAUNAY pense à 6 mois, Mme AUBRY à 4 mois. En fait, 4 mois semble le chiffre le meilleur : c'est à cet âge que nous avons noté l'arrêt de la courbe de poids au début de chaque mois, lorsqu'on change la puéricultrice à laquelle l'enfant était habitué. Mais à cet âge, il nous semble que l'enfant est surtout sensible à une présence affective sécurisante, toujours la même, qui lui donne toujours satisfaction de ses désirs : toilette faite avec douceur, dans le calme, toujours dans le même ordre, car pour l'enfant c'est de l'habitude que naît la sécurité. Cependant, dans nos observations personnelles, nous avons noté que c'est à 8 mois seulement que l'enfant peut marquer une réaction à l'adaptation en pouponnière et à la séparation d'avec sa mère, car c'est à cet âge que l'enfant peut extérioriser son angoisse.

Les mesures visant à préserver la santé mentale de l'enfant en pouponnière doivent permettre à la personnalité de l'enfant de s'épanouir à chaque stade de son développement, il s'agira de la sauvegarde de tout le devenir psychologique de l'enfant à tel moment difficile de son développement.

Il est extrêmement délicat, et d'autre part important, de réaliser pour l'enfant un équilibre sécurisant en dehors de la mère, car l'inadaptation qui résulterait d'une insécurité vécue par l'enfant comme une frustration, pourrait avoir des conséquences sur sa vie future.

Cette séparation mère-enfant, génératrice de troubles psychiques rattachés à la rupture du lien affectif mère-enfant, ou à son absence, peut provoquer des syndromes pathologiques différents suivant l'âge de la séparation.

Un enfant à tout âge ne peut vivre sans amour, c'est le « primum movens » et l'élément dynamique de son développement psycho-affectif harmonieux.

Autrefois la pouponnière était une simple « institution » où l'on s'efforçait de donner à l'enfant une hygiène correcte et une nourriture appropriée, en le préservant au mieux des infections et des maladies dangereuses. Actuellement, outre les soins d'hygiène toujours aussi rigoureux et une diététique rationnelle, on s'efforce

de faire vivre l'enfant dans un cadre qui permette un harmonieux développement de son intelligence et de son affectivité. Deux problèmes sont essentiels : le choix de la personne qui auprès de l'enfant sera « la mère effective », et la qualité de l'ambiance dans laquelle se déroulera la vie de l'enfant et d'où il doit pouvoir tirer les stimulations sensorielles qui créeront chez lui des centres d'intérêt, générateurs des progrès intellectuels et base d'un comportement normal.

La pouponnière de Saint-Cyr-au-Mont-d'Or a obéi aux mêmes préoccupations, et il faut veiller à ce qu'il n'y ait aucune relâche dans l'application de ces mesures préventives si l'on ne veut pas voir réapparaître des troubles affectifs aussi graves que ceux signalés par Mme AUBRY et par SPITZ.

Il ne faut jamais oublier que cette phrase de SPITZ, écrite en 1948, est toujours valable : « La privation affective est aussi dangereuse pour le nourrisson que la privation alimentaire ». L'Évangéliste le disait bien, il y a 2.000 ans : « L'homme ne se nourrit pas seulement de pain ».

DEUXIEME PARTIE

PRESENTATION DE LA POUPONNIERE DE LA CHAUX MOYENS PRIS POUR LA PREVENTION DES TROUBLES AFFECTIFS ET POUR LE BON DEVELOPPEMENT PSYCHO-MOTEUR DE L'ENFANT

Cadre

Les pouponnières de la Croix-Rouge Française, à Saint-Cyr-au-Mont-d'Or (Rhône), agréées par la Sécurité Sociale, se trouvent à 8 kilomètres du centre de Lyon, sur une colline dominant la vallée de la Saône.

On est surpris, dès la grille du parc franchie, par une impression de calme et d'air pur. Puis la surprise s'accroît lorsque l'on s'avance un peu dans le parc, en rencontrant sous les grands cèdres centenaires des bandes d'enfants joyeux se tenant par la main et habillés de couleur gaie (différente selon leur âge), se promenant en chantant et babillant, sous la surveillance de puéricultrices attentives à chacun, connaissant chacun par son nom et ses habitudes et que les enfants appellent « Mamie ».

Si on vient un jour de beau temps, on peut même se croire dans un paradis pour enfants : ceux-ci sont tous dehors, les tout-petits dans des solariums, leurs petites jambes nues, tout dorés, gazouillant leur bonheur ou dormant du sommeil de l'enfant heureux. Les plus grands, sous la surveillance de puéricultrices et d'éducatrices, font des jeux collectifs, rondes, etc..., ou s'amusent isolément, balançoire, vélo, cheval à bascule, etc..., sous l'œil vigilant d'une puéricultrice, toujours disponible à tous, toujours prête à consoler de la chute ou à récompenser le gagnant d'une caresse ou d'un encouragement, et même, dans le parc, une ânesse tire une petite charrette pleine d'enfants joyeux.

Si on a la chance d'arriver au moment du dîner, c'est à un banquet lilliputien que nous serons conviés : plusieurs tables dehors, sous des parasols, et une dizaine d'enfants par table, mangeant de bon cœur et racontant au voisin les dernières découvertes de la matinée.

Tout est fait ici pour que l'enfant se sente en sécurité et en liberté, tout est fait aussi pour lui permettre de s'épanouir en fonction de ses acquisitions motrices.

C'est la joie et le bonheur de vivre qui resplendit ici et aussi le calme lorsque l'on quitte la grande cité pleine de brouillard l'hiver, de fumées toute l'année.

Un observateur non averti ne peut se douter de tous les problèmes résolus pour en arriver à ce résultat.

Historique

Cette pouponnière d'abord unique a été créée en octobre 1942, dans une villa de 12 pièces, avec un effectif de 22 berceaux.

Une Ecole de puéricultrices fut créée pour assurer des soins corrects aux enfants, et 135 élèves avaient déjà été formées avant l'enseignement officiel de la puériculture. Au 1^{er} janvier 1964, 1.162 diplômées sont sorties de l'Ecole.

En 1950, la fondation GILLET donnait à la Croix-Rouge le domaine de La Chaux et en 1952, la pouponnière était transférée dans les anciens locaux de l'aérium de La Chaux, transformés et équipés de façon moderne.

En 1956, une deuxième pouponnière très moderne ouvrait ses portes dans le même parc.

En 1942, la pouponnière accueillit 15 enfants et 7 élèves, actuellement elle accueille chaque année environ 120 élèves et 450 enfants, dont 290 à la pouponnière-école G. RICHER, qui a 92 berceaux et 160 environ à la nouvelle pouponnière de La Chaux, qui a 61 berceaux.

Depuis janvier 1951 jusqu'à janvier 1964, donc en 13 ans, la pouponnière G. RICHER a reçu 3.710 enfants.

Depuis janvier 1956, date de son ouverture, la pouponnière de La Chaux a reçu 1.427 enfants.

Possibilités actuelles de deux pouponnières

La pouponnière G. RICHER, la première, a 92 berceaux. Ce sont des bâtiments anciens, mais dont les installations et le mobilier sont modernes, le personnel est constitué par les élèves sous la surveillance étroite des cheftaines de service.

Les inconvénients sont évidents : il est nécessaire de pallier l'insuffisance, les erreurs, l'inaptitude des élèves, d'où très grand nombre de cadres obligatoire. D'autre part, renouvellement trop fréquent des élèves, tous les six mois, on repart à zéro, d'où pour l'enfant changement obligatoire de puéricultrice chaque mois ; le résultat néfaste de ce changement — cependant nécessaire pour former de bonnes puéricultrices — se fait sentir chez l'enfant de 3 mois à 10 mois surtout qui, les dix premiers jours du mois, voit sa courbe de poids rester plate.

Ces inconvénients sont inévitables et il est absolument indispensable d'avoir une pouponnière-école, car la puériculture est un métier qui s'apprend de façon pratique au contact des enfants.

La pouponnière de La Chaux, de conception ultra-moderne, contient 61 berceaux ; elle fonctionne avec un effectif salarié beaucoup plus important et des « cadres » ou monitrices, beaucoup moins nombreux.

Cette pouponnière a comme avantage majeur la stabilité du personnel : d'où meilleur état psychique de l'enfant, parce qu'il n'y a pas la rupture d'accoutumance qui se produit à chaque changement d'élèves, et dont nous avons vu les conséquences tangibles. Ce qui est avantage dans l'une des pouponnières est inconvénient dans l'autre :

— Stabilité ou roulement du personnel.

— En conséquence aussi, prix de revient plus ou moins élevé.

Voici, dans les chiffres suivants, la comparaison entre les deux pouponnières.

Pouponnière-Ecole G. Richer :

92 enfants.

16 cheftaines : 1 pour 5,8 berceaux ;

78 exécutantes-élèves, 1 pour 1,01 berceau ;

34 personnel divers.

Pouponnière de La Chaux avec personnel salarié :

61 enfants.

4 cheftaines - 1 pour 15 berceaux ;

34 aides puéricultrices diplômées salariées, 1 pour 1,82 berceau ;

17 personnel divers.

Les deux pouponnières peuvent donc prendre soin de 153 enfants en permanence ; leur objectif est de donner aux enfants confiés des soins minutieux dans un climat de sécurité, de joie et d'affection.

Les enfants sont pris dans l'une ou l'autre des pouponnières en fonction des places disponibles, sans aucun autre critère.

Chaque pouponnière, de même qu'elle a son personnel propre, a aussi son administration propre, secrétaires différentes, registres différents et régulièrement mis à jour :

— registre d'entrée notant l'âge, le poids de l'enfant, par qui il est envoyé, les raisons de son admission, l'adresse de ses parents ;

— un registre de sortie notant la durée du séjour de l'enfant, sa prise de poids, les résultats médicaux du séjour ;

— une feuille individuelle d'observation avec les annotations des médecins et du psychologue au fur et à mesure du séjour.

Critère d'admission

Les pouponnières reçoivent les enfants débiles de la naissance à 3 ans. Le traitement des enfants reçus dans les pouponnières pour débilité relève plus souvent du domaine de la puériculture que de celui de la thérapeutique : eczéma important, maladie de Leiner-Moussus, anorexie, troubles caractériels secondaires à une relation mère-enfant faussée, etc...

Cependant la diversité des enfants confiés exige des thérapeutiques suivies et contrôlées, par exemple certains troubles du métabolisme — ou malformations attendant l'âge d'être opérées et exigeant jusque-là une surveillance médicale stricte : maladie de Hirschprung, cardiopathie surtout, etc..

La grande majorité est représentée par les débiles.

Le signe majeur de la débilité est le retard de la croissance pondérale et staturale ; ce retard n'est que la traduction du mauvais fonctionnement de toutes les cellules de l'organisme. Dans sa symptomatologie, la débilité comporte des troubles digestifs, des troubles nerveux, des susceptibilités particulières aux nombreuses infections qui menacent l'enfant dans ses premiers mois ; les causes en sont multiples : prématurité, malformations congénitales, souffrance pendant la vie fœtale du fait de maladie chez la mère, accidents infectieux graves dans les premières semaines de la vie.

En cas d'hypotrophie simple, le trouble nutritif est moins profond et le nourrisson peut plus facilement faire retour à la normale, ce sont souvent des enfants convalescents de maladies aiguës.

À côté d'eux il faut faire place à tous les nourrissons qui, atteints de troubles de l'appareil digestif ou de déséquilibre nerveux, ont besoin d'une surveillance spéciale et de soins prolongés : vomisseurs habituels, anorexiques, petits névropathes par déséquilibre neuro-végétatif ou par faute éducative.

Nous devons insister ici sur la responsabilité que prend le médecin qui envoie l'enfant en pouponnière pour au moins 4 mois, sur l'obligation qu'il a de bien peser les causes d'une demande d'admission en pouponnière et sur la nécessité d'essayer de rechercher, en accord et avec l'aide de l'assistante sociale, une autre solution si c'est possible.

Les médecins doivent prendre leurs responsabilités en sachant que, malgré le soin apporté à résoudre le problème de l'enfant en pouponnière et la valeur du substitut maternel qui lui sera proposé, la famille est malgré tout le lieu d'élection pour le bon développement du jeune enfant.

Donc il est essentiel de bien étudier les causes d'entrées et de réduire le temps en pouponnière à l'indispensable en prenant les moyens pour cela : étude de la famille, de ses possibilités ; si besoin est, conseils éducatifs donnés à la mère.

Mais il faut bien reconnaître que les causes d'entrées en pouponnière sont en grande partie dictées par des raisons sociales et médicales intriquées.

Il serait évidemment préférable pour l'enfant qu'il puisse recevoir à domicile les soins d'hygiène nécessaires, et les parents, des conseils pour une meilleure compréhension du développement psychique de leur enfant, mais cela est impossible actuellement, en raison de conditions sociales et économiques telles que dans certains cas le milieu familial est nocif pour le développement tant physique que psychique de l'enfant, et aussi par manque de personnel compétent.

Organisation de la pouponnière

Toute l'organisation tend à sécuriser l'enfant par une atmosphère gaie et pleine de tendresse, par un remplacement valable de la mère.

ORGANISATION MATÉRIELLE.

Les deux pouponnières sont aménagées spécialement pour éviter toute contamination. Il est nécessaire, dans une pouponnière d'enfants débiles où la maladie peut devenir très grave, faute de défense de l'organisme, de prendre des mesures efficaces pour éviter les maladies éruptives ou contagieuses habituelles, même si celles-ci sont rendues à l'heure actuelle, grâce aux moyens prophylactiques et thérapeutiques en usage, beaucoup moins graves.

C'est la raison d'être du *Lazaret*, unité close où chaque enfant doit rester 24 jours isolé et en observation, nettement séparée de la pouponnière.

Le Lazaret reçoit l'enfant à son arrivée et le garde 24 jours quel que soit son âge, quelle que soit la raison de son admission, soit dans des boxes indépendants, soit à plusieurs lits ; on s'efforce de grouper dans ces chambrettes à deux ou trois lits les enfants arrivant le même jour, pour éviter l'ennui, qui apparaît souvent la deuxième semaine d'isolement.

Chaque enfant a son bout de balcon ou de terrasse, séparé du voisin par une cloison transparente en plexiglass et où il peut s'intéresser à toute la vie de la pouponnière et aussi aux mouvements extérieurs : voitures entrant dans le parc, etc...

Il paraît beaucoup plus important encore de préserver les enfants des infections communes propres à toutes les collectivités, c'est pourquoi, à l'intérieur de la pouponnière, les enfants sont répartis en *chambres vitrées* de 4 à 8 berceaux suivant les âges.

De plus, dans chaque pouponnière, il y a un service *d'isolement*, pour isoler immédiatement tout enfant suspect de telle ou telle maladie malgré toutes les précautions prises.

Pendant l'année que nous avons passée à la pouponnière, il n'y a jamais eu d'épidémie de diarrhée à coli, mais il y a eu deux enfants, venus de l'hôpital en incubation de varicelle ; il y a eu un cas de Salmonellose à bacille d'Eberth, et aussi 2 coqueluches et 4 rougeoles ; on a pu dans ce cas isoler immédiatement le box et éviter la diffusion de l'épidémie, et enfin une petite épidémie de virose APC, limitée à 1 box et dont malheureusement un enfant est mort. Il est bien évident que les soins les plus stricts ne peuvent empêcher les personnes s'occupant des enfants d'être des « porteurs sains » et de diffuser ainsi certaines maladies, mais il est intéressant de noter que dans chaque cas, l'épidémie a pu aussitôt être enrayée.

Des mesures sévères de surveillance et d'hygiène individuelle sont prises au niveau des puéricultrices et des élèves :

hygiène prophylactique : lavages de mains fréquents, mains essuyées avec ouate de cellulose, jetée après chaque usage (et non serviettes de toilette, recueil de germes) ;

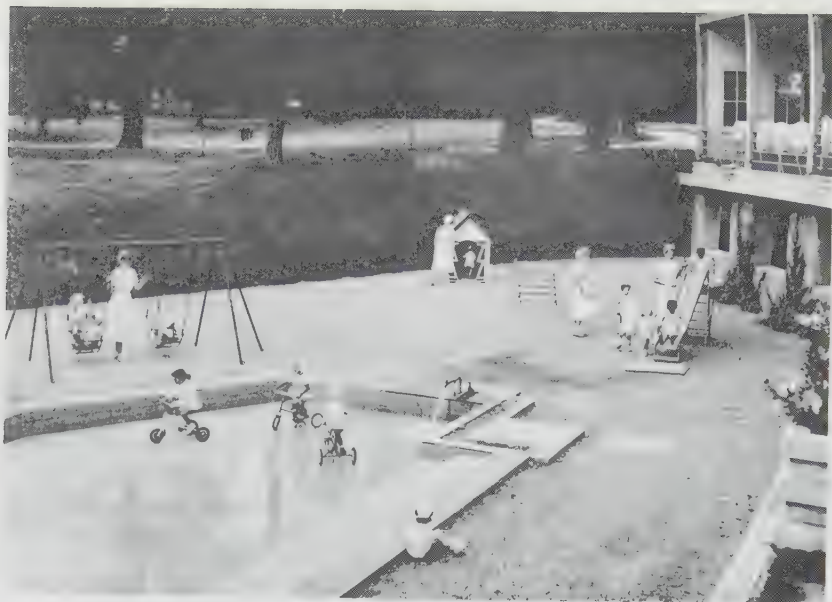
port de masque dans les soins donnés aux tout-petits ;

exclusion des puéricultrices ayant des panaris, furoncles, abcès, etc..., ou ayant un simple rhume...

C'est à ce prix que peut être obtenue une hygiène rigoureuse.

A l'intérieur de la pouponnière, les nourrissons sont répartis en chambres vitrées de 4 à 8 berceaux, suivant les âges et rigoureusement isolés, pour éviter les infections communes à toutes les collectivités d'enfants et surtout la hantise des crèches et pouponnières : la diarrhée à coli-pathogène.

Les lits utilisés sont des lits anglais, l'un des côtés se baisse, permettant de se servir du sommier de l'enfant comme table de change. Le lit est muni d'une tablette supportant les objets nécessaires à la toilette et aux soins d'hygiène et d'un panier pour le linge en cours d'utilisation. Tous les soins peuvent ainsi être donnés à l'enfant sur son lit, ce qui évite les risques de contamination dus à la table de change commune.



De plus, la Directrice de la pouponnière a eu l'idée d'un perfectionnement : chaque lit est muni, du côté gauche, d'une paroi de plexiglass isolant l'enfant des berceaux voisins, qui, muni lui aussi du même dispositif, forme avec le premier une véritable petite chambre.

La diététique enfin joue un grand rôle dans le traitement de ces enfants débiles et hypotrophiques, tant au point de vue somatique — leur permettre par des laits ou des régimes appropriés à leur cas de combler leur retard pondéral — qu'au point de vue psychologique : leur donner goût à la nourriture, c'est le plaisir essentiel du petit enfant.

C'est le travail de la biberonnerie et de la cuisine diététique qui, tant à La Chaux qu'à G. Richer, sont un modèle de propreté mis au service de compétences très sûres. Il est bien certain que la maladie cœliaque, par exemple, ne saurait supporter une erreur de régime, si légère soit-elle, et que ce régime, strict au moins au début, ne peut se régler et se stabiliser qu'en pouponnière.

De même certaines grandes hypotrophies demandent un régime spécialement bien étudié. Et quantité d'autres troubles digestifs dus à des malabsorptions ou à des erreurs de régime antérieures peuvent être stabilisées par un régime adéquat.

Pour voir les résultats de cette organisation, nous allons vivre au milieu de ces enfants pendant 1 an, étudier, sur les 464 entrées du 1-1-63 au 1-1-64, les conséquences éventuelles de leur séparation de leur milieu familial et voir s'il y a eu rupture dans leur développement psycho-moteur.

Pour cela nous étudierons l'évolution clinique du développement psycho-moteur de chaque enfant, guidée par l'appréciation et les observations de la puéricultrice attachée à l'enfant, par sa courbe de poids, par les résultats aux tests suivant la méthode de BRUNET et LEZINE.

On s'intéresse beaucoup à l'heure actuelle aux troubles psychosomatiques de l'adulte, la même question se pose pour l'enfant. Si celui-ci ne trouve pas autour de lui le climat affectif qui lui convient, s'il n'est pas pris dans les bras, bercé, cajolé, il est vain d'espérer que son état physique ne s'améliore. C'est la mère qui est pour l'enfant le meilleur guide, mais lorsqu'elle n'est pas là, *il faut* que la puéricultrice la remplace dans la mesure du possible. Comment pourrait-elle le faire si elle est accablée par les soins matériels et n'a pas le temps, par ses chants, ses caresses, ses paroles, de lui donner toutes les raisons de vivre ?

Le personnel de la pouponnière est nombreux et compétent. Les règlements sanitaires actuels exigent une puéricultrice pour 5 enfants qui ne marchent pas et une pour 8 qui marchent ; nous sommes loin déjà du temps où une seule puéricultrice pour 16 enfants arrivait à peine à leur donner les soins d'hygiène pure.

Le nombre de 4 enfants pour une seule puéricultrice est un strict minimum si l'on veut donner aux enfants non seulement les soins matériels dont ils ont besoin, mais aussi l'éducation et l'affection que nécessitent leur âge et leur situation. C'est là en effet l'un des problèmes les plus tragiques que pose pour les nourrissons le séjour prolongé à la pouponnière.

Chez l'enfant, l'équilibre ne peut être atteint que s'il se sent en sécurité, et cette sécurité, il ne peut la trouver que dans l'accomplissement jour après jour du dialogue avec sa mère, ou si on lui donne un « substitut maternel » valable. Et cela on le voit bien aussi lorsque la mère n'est pas capable d'assumer son rôle.

La récompense de la puéricultrice est le gazouillis et le sourire du petit enfant qui lui tend les bras lorsqu'elle s'approche de son berceau, c'est aussi les pleurs de l'enfant plus grand qui vient vers elle pour consoler ses premiers chagrins ou lui faire partager ses premières découvertes. C'est elle qui doit l'aider dans ses premiers pas dans la vie, c'est elle qui est son lien avec le monde extérieur, c'est elle enfin qui l'aidera à s'accomplir en lui donnant l'amour que pour un temps sa mère ne peut lui donner et nous pensons qu'actuellement tout tourne autour de cela : valoriser le rôle de la puéricultrice, qui n'est pas une tâche ingrate, mais un très beau rôle.

ORGANISATION MÉDICALE.

Deux médecins se partagent la surveillance des enfants.

Chaque médecin, par un emploi du temps précis, a la possibilité de connaître et de suivre les enfants des deux pouponnières. Chaque jour la visite d'une des pouponnières est complète, et après, le médecin descend dans l'autre pouponnière voir les enfants dont l'état nécessite sa visite.

Le jour de visite, donc un jour sur deux pour chaque pouponnière, le médecin passe dans chaque box, regarde les feuilles de température de chaque enfant, interroge la puéricultrice sur le comportement de « ses enfants », lui demande son avis sur le déve-

loppement et l'adaptation des enfants qui lui sont confiés, en un mot l'associe au problème de chaque enfant dont elle a à s'occuper, et il est rassurant de voir le sourire heureux et fier de chaque puéricultrice lorsque le médecin lui fait compliment sur « son enfant ».

Lorsqu'on arrive dans le service des grands, il est amusant de voir les enfants arriver vers le docteur en courant et riant, en racontant chacun sa petite histoire, ravis que l'on s'intéresse à eux.

On se croit ici dans le royaume de Lilliput, un jardin d'enfants miniature. Chacun a sa petite table et chaise avec un jeu éducatif différent pour chaque enfant, à moins qu'ils ne soient tous assis en rond à écouter une histoire féerique ou un disque avec ce regard heureux qui ne trompe pas sur l'état psychique de l'enfant.

Après, la visite se poursuit dans le bureau du Docteur : bureau clair aussi, avec une petite pièce noire de scopie attenante. Ceci dans chaque pouponnière.

Les enfants qui entrent ont un examen complet : mensuration, poids, dents, âge, examen somatique général, et institution d'une thérapeutique si besoin est, en général toujours au moins : Fer ou Vitascorbol, car la plupart du temps les enfants viennent d'un milieu défectueux et sont hypotoniques, anémiques, asthéniques et anorexiques pour les trois quarts. Tous ces détails sont consignés dans l'observation.

De même, les enfants qui sortent ont un examen complet avec bilan de ce que la pouponnière leur a apporté, prise de poids, de taille, amélioration du trouble ayant nécessité l'admission.

Les enfants dont le temps de prise en charge par la Sécurité est terminé sont aussi examinés et si le séjour n'a pas été assez bénéfique, soit à cause d'une durée trop courte, soit à cause d'une maladie intercurrente, le médecin signe une demande de prolongation qui sera ensuite étudiée par le médecin de la Sécurité (celui-ci passe régulièrement à la pouponnière et on lui soumet les cas pour lesquels on demande une prolongation de séjour).

Enfin, les enfants sont examinés à chaque « anniversaire », non par rapport à leur date d'entrée à la pouponnière, mais par rapport à leur date de naissance, tous les trois mois, c'est-à-dire à 3 mois, 6 mois, 9 mois, etc... Ceci pour faire un bilan de leur état psychomoteur, en tenant compte de la clinique, de ce qu'observe la puéricultrice et de l'évaluation des tests successifs.

Enfin cette visite, bien sûr, a pour but aussi et surtout de soigner les malades :

— Troubles aigus dus à la maladie en cause, aggravation d'un cardiaque, poussée d'eczéma chez un eczémateux, crise d'asthme chez un allergique... ;

— Petites maladies propres à cet âge : rhinopharyngites et otites, angines, bronchites que ne sauraient éviter le bon air et l'hygiène rigoureuse, car il ne faut pas oublier que ces enfants débiles sont particulièrement sujets aux infections ;

— Poussées de température dont on cherche l'explication ;

— Il y a enfin, à propos d'enfants malades, la décision à prendre de les faire parfois hospitaliser ; nous verrons les liaisons avec l'Hôpital.

Le rôle du médecin ne s'arrête pas là.

Il soignera aussi les puéricultrices (visite médicale au début) ou le personnel malade.

Il aura un rôle éducatif ; il participera à l'enseignement donné aux puéricultrices.

Il sera examinateur pour l'examen leur décernant le titre d'aide-puéricultrice.

Il aura un rôle psychologique parfois ; comme tout médecin, il recevra des confidences et devra consoler et encourager les puéricultrices qu'un mot aidera, les parents surtout qui, parfois, viendront chercher l'espoir et qui, parfois, auront besoin, eux aussi, d'un peu de psychothérapie : parents culpabilisés par l'anorexie de leur enfant, par une malformation, et qui arrivent parfois à s'en désintéresser, ou au contraire, à être trop anxieux avec eux. Il faudra les encourager, leur expliquer, essayer de rester en liaison avec eux. Ceci est difficile, car le personnel manque déjà et pour bien faire, il faudrait une assistante sociale pour ne pas perdre contact avec les familles.

Parfois les puéricultrices sont reçues dans les familles des enfants dont elles se sont occupées et elles tiennent les médecins au courant de l'évolution de l'enfant, mais ceci ne saurait être général ; elles ont déjà si peu de temps à elles, et pourtant c'est important.

De plus, un médecin cardiologue est attaché à la pouponnière et vient deux fois par mois, ainsi qu'un médecin O.R.L.

LIAISONS AVEC LES MÉDECINS DE L'EXTÉRIEUR - AVEC LES HOPITAUX.

Lorsqu'un enfant arrive, il est toujours accompagné d'un certificat du médecin qui l'envoie, ou de l'Hôpital où il était. Les médecins de la pouponnière restent en rapport avec eux.

Parfois l'enfant est mis en pouponnière en attendant de pouvoir être opéré avec moins de risques : tel est le cas de certaines cardiopathies encore compensées et aussi les maladies de Hirschprung où il faut attendre le cap des 12 kg.

Les médecins envoient l'enfant régulièrement en consultation dans les Hôpitaux.

Le problème se pose aussi pour les becs-de-lièvre, qui reviennent à la pouponnière entre chaque temps opératoire, ainsi que pour les enfants qui ont des problèmes orthopédiques, comme luxation de la hanche, et encore pour les hydrocéphalies qu'il faut surveiller régulièrement, guettant l'apparition de signes nerveux ou l'augmentation trop rapide du périmètre crânien, les faisant opérer tôt, puis après, surveillant la bonne marche de la valve de Holter.

Dans tous ces cas, le contact est gardé avec l'Hôpital régulièrement.

De même, parfois certains enfants ont besoin d'examens plus précis qui ne peuvent se faire qu'à l'Hôpital, comme examens sanguins complets s'il s'agit d'une anémie très sévère et s'il y a suspicion d'une hémopathie, ou examen de fond d'œil pour dépister une hypertension intra-crânienne s'il y a hydrocéphalie, ou pour en trouver la cause : Toxoplasmose.

— Examens sérologiques, syphilis, toxoplasmose, etc...

— Pose d'implants en cas d'hyperplasie surrénale et surveillance de l'équilibre du syndrome de Debré-Fibiger.

Dans ces cas, le médecin demande un rendez-vous pour une consultation d'Hôpital ; la pouponnière a toujours une voiture pour emmener ces enfants à l'Hôpital, accompagnés de leurs puéricultrices.

Enfin le dernier cas de liaison avec l'Hôpital est plus dramatique : c'est l'urgence qui doit pouvoir être traitée immédiatement à l'arrivée à l'Hôpital ; soit décompensation rapide d'un cardiaque pour qui l'attente peut être fatale ; soit déshydratation trop importante pour être rééquilibrée sans perfusion, c'est le cas des diarrhées épidémiques à coli pathogènes, ou des maladies aiguës et surtout le cas des mongoliens qui sont sujets à ces pertes de poids spectaculaires, soit broncho-pneumopathies aiguës dyspnéisantes graves.

LIAISONS AVEC LES FAMILLES.

Les parents sont autorisés à voir leur enfant tous les 15 jours, le samedi ou le dimanche. Ils peuvent parler avec les puéricultrices, promener leur enfant dans le parc si celui-ci est sorti du lazaret. Car la discipline doit, malheureusement mais obligatoirement, être plus stricte tant que l'enfant est au lazaret, et dans ce cas, les parents ne peuvent voir leur enfant que derrière la vitre. C'est un peu inhumain, mais c'est à ce prix que les épidémies peuvent être évitées.

Les parents peuvent téléphoner tous les matins pour avoir des nouvelles ; la secrétaire appelle la monitrice responsable du service où est l'enfant. Celle-ci lui donne le poids, la taille, l'état de santé de l'enfant, s'il a un peu de fièvre, on le dit aux parents ; certains parents téléphonent même directement aux médecins.

En cas de troubles graves chez leur enfant, on prévient les parents de son hospitalisation.

Enfin, si l'enfant fait un long séjour et que les parents habitent loin, les monitrices écrivent régulièrement aux parents et envoient même des photos.

A Noël, à la fête des mères, les plus grands envoient aux parents leurs œuvres : petites peintures cubistes par exemple, ou simple photo.

C'est là un effort de psychothérapie pour préparer le retour de l'enfant, surtout s'il a fait un long séjour en pouponnière, si une nouvelle naissance est intervenue entre temps. C'est aussi un effort pour déculpabiliser les parents, pour éviter les troubles pathologiques des enfants par leur réadaptation mauvaise dans leur famille, et surtout avec leur mère dont la place a été prise pour un certain temps par une puéricultrice dans le cœur de l'enfant.

ORGANISATION PSYCHOLOGIQUE : MOYENS D'ÉTUDE.

Pour vivre et se développer, un enfant a besoin d'affection autant que de nourriture et les premières observations faites en maison d'enfants nous ont montré qu'un enfant peut se laisser mourir de faim, peut se désintéresser de tout et régresser à tel point qu'il a pu être pris pour un encéphalopathe, s'il manque d'amour, s'il n'a pas quelqu'un, toujours la même personne, qui jouera pour lui le rôle de la mère, l'aimera et le stimulera à faire sans cesse des progrès.



C'est pourquoi, chez l'enfant en collectivité, tout tourne autour du *substitut maternel*. C'est pourquoi il est indispensable que le personnel soit nombreux et compétent, mais aussi soit informé de l'évolution psychologique normale du petit enfant et des troubles qui peuvent bloquer ce développement si l'enfant ne se sent pas assez aimé : c'est un des rôles du psychologue.

Les puéricultrices ont un *rôle-pivot* tout le long du séjour de l'enfant, mais plus particulièrement pendant la période d'adaptation, car il faut d'abord songer à faire vivre l'enfant dans un climat de sécurité et effacer les souvenirs douloureux, source d'anxiété et d'inhibition du développement. Pour obtenir ce résultat, la puéricultrice doit remplir certaines conditions et d'abord posséder des qualités personnelles de douceur, d'attention et de confiance en soi, car l'enfant a besoin d'être protégé, elle devra, en outre, être en possession d'une technique impeccable. Tous les gestes seront standardisés par toutes les puéricultrices, qu'il s'agisse de toilette, d'habillement, de repas, toutes feront les mêmes gestes, suivant le même ordre et au même rythme. Ainsi seront créées des habitudes, sources de sécurité pour l'enfant qui s'abandonne alors au plaisir d'être entouré et cajolé sans que rien d'imprévu ne vienne rompre cet équilibre affectif.

Il est très important que pendant son séjour l'enfant soit laissé aux soins de la même personne ; ainsi pourra être recréée l'association mère-enfant sans laquelle il n'y a aucune sécurité possible.

Ayant ainsi paré à la carence affective, il faut envisager le développement psychique de l'enfant. Cette croissance intellectuelle ne peut être obtenue qu'en créant pour les nourrissons des *centres d'intérêt* les incitant à profiter des sensations perçues et à les utiliser pour des progrès nouveaux. Le besoin de stimulation est le second besoin que l'enfant doit pouvoir satisfaire, tant il est vrai, comme dit M. Guy DUFOURT, qu'un « enfant qui ne joue pas est un enfant dont la personnalité ne s'affirme pas ». Il faut donner à l'enfant la possibilité de jouer, le jeu est la seule activité du petit enfant.

Dans les premiers mois, la vue assure au nouveau-né ses premiers contacts avec le monde extérieur : le rôle de la lumière et de la luminosité est important pour l'enfant, pour qui c'est le premier stimulant intellectuel. L'enfant joue en promenant les yeux et en s'intéressant aux contrastes d'ombre et de clarté, d'où l'importance d'une pouponnière avec de grandes baies toutes ouvertes à l'extérieur.

A ce stade déjà, l'enfant doit aussi acquérir des notions de couleur, de forme et d'espace : il est certain que l'enfant aime les couleurs vives. Il doit trouver sur les parois de sa chambre des silhouettes simples, variées et de couleurs différentes. Pour cette raison, la vue des arbres, des fleurs, des oiseaux est une stimulation constante. Il en est pour preuve que le développement psychomoteur de l'enfant est toujours plus rapide en été qu'en hiver.

Puis vient le stade des jouets par lequel l'enfant améliore sa préhension, du simple hochet irremplaçable aux jouets en caoutchouc ; et aussi les jeux éducatifs d'une complexité croissante, adaptés à chaque âge. Il faut savoir les présenter au moment où le développement de l'enfant lui permet de les utiliser ; la puéricultrice doit jouer avec l'enfant et le guider.

A chaque box d'enfants un peu grands ayant déjà une autonomie motrice, est annexée une salle de jeux, avec escaliers, toboggan, bicyclette, cheval à bascule, permettant à l'enfant de s'affirmer ; cela est important lorsque l'enfant, convalescent de longue maladie, ou hospitalisé depuis longtemps, a perdu le goût du risque, le sens de l'effort, lorsqu'il a perdu toute initiative et qu'il est craintif. Cela leur permet de reprendre peu à peu confiance en eux et de faire des acquisitions psycho-motrices plus riches.

Enfin il faut bien savoir le rôle que peut et *doit* avoir la puéricultrice dans le développement du langage. Il est un fait que l'enfant élevé parfois longtemps en pouponnière présente un retard du langage. Ce retard est uniquement fonctionnel et doit en grande partie pouvoir être évité par la puéricultrice, qui doit toujours parler à l'enfant comme une mère le fait et à l'occasion de chaque soin ou de chaque jeu, même lorsqu'il est petit et ne sait pas encore répondre.

Le psychologue surveille lui-même, parallèlement à l'observation des puéricultrices et des médecins, l'évolution psychologique du jeune enfant à l'aide de tests basés sur la méthode de BRUNET et LÉZINE, comportant un matériel simple, et surtout faciles à interpréter, donnant l'âge mental en mois par rapport à l'âge réel.

C'est au prix de tous ces aménagements, basés sur une connaissance précise du développement psycho-affectif normal du petit enfant, qu'on peut espérer faire progresser normalement les enfants confiés.

TROISIEME PARTIE

LES POUPONNIERES EN 1963 : ETUDE STATISTIQUE GLOBALE

Nous avons fait une étude statistique simple et des constatations générales au cours de l'année 1963, pour voir la vie de la pouponnière sur une année entière.

— Nous avons vu le nombre d'entrées pour les deux pouponnières selon les mois.

— Les origines des enfants et les causes des entrées.

— La durée de leur séjour.

— Leur âge à l'entrée.

— La place tenue dans la pouponnière par les enfants nord-africains.

— La mortalité au cours de l'année 1963.

Tout cela pour donner une idée générale sur les enfants admis à la pouponnière.

Nombre d'entrées pour les deux pouponnières en 1963

Du 1^{er} janvier 1963 au 1^{er} janvier 1964, il y a eu 464 entrées dans les deux pouponnières :

289 à la pouponnière-école G. Richer, qui peut recevoir 92 enfans ;

175 à la pouponnière de La Chaux, qui peut recevoir 61 enfants.

Donc une moyenne d'environ 39 entrées par mois.

24 à la pouponnière G. Richer ;

15 à la pouponnière de La Chaux.

Les enfants entrant sont dirigés vers l'une ou l'autre pouponnière en fonction des places libres, il n'y a aucun autre critère d'admission.

Le nombre d'entrées est très différent selon les mois :

Janvier : 37 ; février : 30 ; *mars* : 48 (premier pic) ; avril : 40 ; mai : 31 ; *juin* : 44 ; *juillet* : 42 ; *août* : 44 ; *septembre* : 42 (deuxième pic) ; octobre : 33 ; novembre : 35 ; décembre : 38.

Nous constatons que, par rapport à la moyenne mensuelle, 39, il y a deux creux, février et mai.

Février serait peut-être explicable par la brièveté du mois.

Il y a deux « hauts », le mois de mars, qui détient le record des entrées, avec 48. On pourrait peut-être l'expliquer par la pathologie de la fin de l'hiver, les asthénies, anorexies et surtout les rachitismes, hypocalcémies, se démasquant souvent à cette époque de l'année.

Une chose certaine : 4 mois sont bien au-dessus de la moyenne : juin, juillet, août, septembre. Les 4, 5 enfants venant faire augmenter la moyenne sont, bien sûr, un peu hypotrophiques, un peu anorexiques ou asthéniques, mais surtout ces enfants, à la limite des indications de placement, semblent être « en dépôt » pendant les vacances de leurs parents. On ne peut, cependant, tirer des conclusions sur une seule année.

Origine des enfants

→ 178 viennent directement de leur *famille*, envoyés par le médecin de famille ou un médecin d'un centre de prévention, soit 38,3 %.

→ 274 enfants viennent des *Hôpitaux*, soit 59,2 %.

→ 8 enfants viennent des Maternités ou maisons maternelles, pour prématurité, dont :

2 de l'Hôpital Edouard-Herriot ;

1 de l'Hôpital de la Croix-Rousse ;

1 de la Clinique Sainte-Marguerite ;

4 de cliniques privées ou de maisons maternelles.

→ 1 enfant vient de chez sa nourrice ;

→ 3 enfants viennent de la Cité de l'Enfance.

La plus grande majorité des enfants vient donc des Hôpitaux : 274. Parmi ceux-ci, 220 (80 %) des Hôpitaux de Lyon :

167 de l'Hôpital Edourd-Herriot : 75,9 % ;

35 de l'Hôpital Debrousse ;

10 de l'Hôpital Sainte-Eugénie ;

2 de l'Hôpital Saint-Joseph ;

2 de l'Hôpital de la Croix-Rousse ;

2 de l'Antiquaille ;

1 de la Clinique du Parc ;

1 de la Clinique Trarieux

et 54 enfants proviennent d'autres Hôpitaux : le plus gros contingent provenant de l'Hôpital de Villefranche, soit 28 ; puis Bourg, 6 ; Romans, 5 ; Chambéry, 3 ; Montélimar, 2 ; Montbrison, 2 ; Dijon, 1 ; Trévoux, 1 ; Senlis, 1 ; Lons-le-Saunier, 1 ; Saint-Joseph à Paris, 1 ; Trousseau à Paris, 1.

Sur les 39 entrées mensuelles, on peut donc compter environ : 15 enfants venant de leur famille et 23 venant de l'Hôpital. le dernier ayant une origine plus rare.

Or en mars, où le nombre d'entrées est très élevé (48), nous avons relevé 15 enfants venant de leur famille, ce qui est la moyenne normale, et 31 venant de l'Hôpital (moyenne 23), 2 ayant une autre origine.

Par contre, pour les mois de « vacances » (juin, juillet, août, septembre). le contingent venant de l'Hôpital a été normal : respectivement, 24, 22, 21, 23 (moyenne 23), et les enfants en surplus proviennent bien de leur famille : 19, 19, 21, 17 (moyenne 15).

Age des enfants à l'entrée

De 0 à 1 an : 223 (environ 48 %) ;

— de 0 à 6 mois : 137 (29,5 %) ;

— de 6 mois à 12 mois : 86 (18,5 %) ;

De 1 an à 2 ans : 158 (environ 34 %) ;

— de 12 mois à 18 mois : 94 (20 %) ;

— de 18 mois à 24 mois : 64 (14 %) ;

De 2 ans à 3 ans : 83 (environ 18 %).

Ces chiffres montrent le pourcentage très important d'enfants en dessous de 6 mois. En fait, presque 1 enfant sur 3 a moins de 6 mois. La moitié du pourcentage global concerne des enfants de moins de 1 an.

Durée du séjour

Sur 464 enfants :

Restent 1 mois ou même moins : 20. Ce sont soit des enfants dont le trouble ou la maladie ayant nécessité l'admission en pouponnière s'aggrave (cardiopathie, enfants polymalformés) et qui sont renvoyés à l'Hôpital, soit des enfants admis pour cause sociale pure.

Restent 2 mois : 61. Ce sont en général des convalescents de maladies infectieuses (coqueluche, rougeole, pneumopathie) ou de diarrhée ou des hypotrophiques légers.

Restent 3 mois : 150

50 % du total des entrées.

Restent 4 mois : 75

Ce sont la grande majorité des enfants.

Ceux admis pour rachitisme carentiel commun, hypotrophie ou troubles du comportement (anorexie, trouble du sommeil, troubles caractériels).

Restent 5-6 mois : 70 enfants. Ce sont souvent de grosses hypotrophies, consécutives à un milieu familial déficient, ou secondaires à des malformations organiques : suites de vomissements par plicature gastrique ou malposition cardio-tubérositaire.

Restent entre 6 mois et 1 an : 60 enfants. Le 1/4 des enfants sont atteints de becs-de-lièvre, gueule-de-loup nécessitant souvent des gavages au début et de toutes façons un séjour prolongé entre les différents temps opératoires.

Un autre 1/4 de ces enfants est constitué par des hyprocéphales dont la surveillance médicale doit être stricte et aussi certains grands encéphalopathes dont on attend là un placement en maison spécialisée.

Enfin 27 enfants font un séjour supérieur à 1 an et peuvent ainsi passer presque 3 ans à la pouponnière : la plupart sont des cardiaques dont les troubles sont trop importants pour que ces enfants soient rendus à leur famille. Nous allons étudier ces causes d'entrées.

Causes des entrées

Nous les nommerons suivant leur fréquence.

— Rachitisme, hypotrophie, hypotonie : 192 (41,4 %).

— Anorexie, nervosisme, insomnies, troubles caractériels : 54 (11 %).

- Malformations congénitales : 48 (10,3 %).
 - Cardiopathies : 21 (4,5 % des entrées).
 - Becs-de-lièvre, gueule-de-loup : 10.
 - Spina bifida + hydrocéphalie : 3.
 - Bec-de-lièvre + hydrocéphalie : 1.
 - Imperforation ano-rectale + malformation urinaire : 1.
 - Hernie hiatale : 4.
 - Malformation intestinale : 1.
 - Omphalocèle : 1.
 - Luxation hanches : 3.
 - Polymalformations : 3.
- Convalescence de pneumopathies : 41 (8,8 %).
- Prématurés : 24 (5,1 %).
- Convalescence maladies infectieuses (coqueluche, rougeole, méningite purulente) : 24 (5,1 %).
- Otites, rhinopharyngites, bronchites avec ou sans asthme, à répétition : 22 (5 %).
- Convalescence de diarrhée aiguë : 17 (3,5 %).
- Enfants isolés pour y subir le B.C.G. : 15 (3,2 %).
- Encéphalopathes : 12 (2,5 %) :
 - Mongoliens : 2 ;
 - Hypsarythmie : 1 ;
 - Anoxies néo-natales : 3 ;
 - Encéphalite morbilleuse : 1 ;
 - Microcéphalie : 3 ;
 - Nanisme génétique : 2.
- Causes sociales pures : 12 (2,5 %).
- Sévices parentaux : 6 (en général enfants convalescents de fractures multiples).
- Convalescence interventions chirurgicales :
 - Hernie étranglée : 3 ;
 - Ostéoclasie : 3 ;
 - Amygdalectomies.
- Divers :
 - Consolidation de fractures : 4 ;
 - Maladie de Leiner Moussus : 2 ;

- Convalescence ostéomyélite : 1 ;
- Convalescence brûlures graves : 1 ;
- Convalescence syndrome toxique gravissime : 1 (abcès de fixation) ;
- Gliomes cérébraux : 2 ;
- Convalescence énucléation : 1 ;
- Convalescence glomérulo-néphrite aiguë : 2 ;
- Convalescence infection appareil urinaire : 2 ;
- Asthme, eczéma : 12 ;
- Agranulocytose : 1 ;
- Convalescence primo-infection tuberculeuse : 2 ;
- Drépanocytose : 1 ;
- Maladie de Hirschprung : 2 ;
- Maladie cœliaque : 2 ;
- Convalescence polio localisée au membre inférieur : 1.

Le pourcentage serait supérieur à 100 %, mais il est bien évident que classer chaque enfant en fonction d'une cause d'entrée unique prête à discussion. Bien sûr, si un enfant encéphalopathe entre à la pouponnière convalescent de pneumopathie, nous l'avons mis dans ce groupe, mais bien souvent ces enfants entrent pour anorexie et hypotrophie, ou pour nervosisme et rhinopharyngites à répétition.

De même nous n'avons mis que 12 enfants dans la rubrique « causes sociales », mais il est bien évident que la grande majorité des enfants entrant pour rachitisme, hypotrophie, hypotonie, en fait ont un milieu social déficient, soit du fait d'un logement insalubre et de mauvaises conditions de vie, soit du fait de l'épuisement de la mère par de trop nombreuses grossesses.

Place tenue dans la pouponnière par les enfants d'Afrique du Nord

Sur 464 entrées : 101 nord-africains, soit *presque 1/4*. Sur ces 101 enfants : 53 entraient pour rachitisme et hypotrophie, soit presque 50 %, alors que le pourcentage global de rachitisme a été évalué à 41 %.

Cet important pourcentage est dû à des causes sociales, familiales et hygiéniques, provoquées par les circonstances actuelles, et pour ces enfants, la pouponnière a un rôle très important, irremplaçable actuellement.

Mortalité : enfants décédés dans les deux mois ayant suivi leur sortie de la pouponnière : 14, soit 3 %.

CARDIOPATHIES CONGÉNITALES : 6 (sur 27 cardiopathies entrées).

Ils avaient respectivement 2 mois, 5 mois, 7 mois, 13 mois, 20 mois, 22 mois.

Ils sont tous décédés à l'Hôpital ou dans leur famille, celui de 13 mois est décédé au cours de l'intervention à visée thérapeutique.

AUTRES MALFORMATIONS CONGÉNITALES : 5.

— 1 polymalformé décédé à 40 jours à l'Hôpital ;

— 1 enfant atteint d'hépatite B transmise par la mère pendant la grossesse (2 autres enfants morts dans la fratrie), décédé à 18 mois ;

— 1 enfant de 4 mois atteint de spina bifida aperta et hydrocéphalie secondaire, décédé à la pouponnière ;

— 1 enfant décédé à 10 mois en cours de l'intervention pour traiter son bec-de-lièvre ;

— 1 enfant décédé à 18 mois en cours d'intervention neurochirurgicale complexe pour hydrocéphalie, enfant atteint d'autre part de bec-de-lièvre.

AUTRES CAUSES : 2.

— 1 enfant décédé à 9 mois dans sa famille, hydrocéphalie monstrueuse, post-méningitique.

— 1 enfant de 7 mois 1/2 décédé à l'Hôpital de gliome rétinien généralisé au cerveau.

Ces 13 enfants sont décédés de la maladie qui les avait fait admettre à la pouponnière, ou en cours d'interventions à visée thérapeutique.

— UN SEUL est décédé d'une maladie autre que celle qui l'avait fait admettre : convalescent d'une intervention abdominale pour recto-colite hémorragique, il est décédé à l'Hôpital de complications pulmonaires au cours d'une épidémie virale (A.P.C.) (après laryngite sous-glottique et trachéotomie).

QUATRIEME PARTIE

OBSERVATIONS DETAILLEES DES 110 ENFANTS ENTRES

entre septembre et décembre 1963

Leur adaptation

Leur évolution psycho-affective

Notre but a été de vérifier l'adaptation des enfants à la vie de la pouponnière et de suivre l'évolution de leur comportement psychique et affectif.

Afin de nous permettre de mettre en évidence l'influence des causes diverses qui agissent sur l'enfant, nous avons décidé d'étudier très complètement 110 enfants entrés à la pouponnière en septembre, octobre et novembre 1963 — 69 à la pouponnière G. Richer, 41 à la pouponnière de La Chaux (l'un des enfants a fait deux séjours distincts).

Nous n'avons fait aucun choix ni éliminé aucune observation. Nous les étudierons d'abord globalement, en essayant de classer les différentes réactions que nous avons observées, puis à la suite, nous donnerons pour chaque enfant son observation résumée, avec sa cause d'entrée, la durée de son séjour, son adaptation au lazaret et le résultat de ce séjour, ceci pour permettre le contrôle de nos conclusions.

Nous nous sommes efforcés d'analyser les différents facteurs qui agissent en bien ou en mal sur le comportement et d'en tirer les conclusions nécessaires.

Nos moyens d'étude ont été simples

Pour apprécier l'adaptation et l'évolution de chaque enfant, nous nous sommes essentiellement basés sur l'observation clinique au jour le jour, observations étayées par les tests psychologiques selon la méthode de BRUNET et LÉZINE.

L'OBSERVATION CLINIQUE des enfants reste pour nous l'essentiel pour surveiller l'adaptation de chaque enfant et ensuite son évolution psycho-affective. Et ce sont essentiellement les renseignements donnés par les puéricultrices qui voient vivre l'enfant et le voient réagir devant chaque situation, qui nous ont guidées. Ce sont elles qui, les premières, savent reconnaître les premiers signes d'éveil chez un enfant, ou au contraire les signes avant-coureurs d'un choc : une bonne puéricultrice attentive à l'enfant qui lui est confié, et de plus ayant reçu de solides bases sur l'évolution psychique du jeune enfant, saura voir si l'enfant s'éveille normalement et signaler les troubles observés.

L'observation médicale n'a pas été absente de cette enquête et à chaque visite de routine ou à l'occasion des menus incidents de santé qui accompagnent toute vie d'enfant, on a fait le point de l'état psychique et affectif des enfants.

Ce sont les différentes étapes du développement psycho-moteur et affectif qui nous ont guidée : le sourire et la préhension marquent les premiers contacts avec le monde extérieur ; la station assise puis debout et enfin la marche marquent l'acquisition progressive de l'autonomie. Le contact avec les puéricultrices, les autres enfants du box et enfin l'acquisition de la parole nous ont guidée.

Nous avons voulu donner une place à part aux jeux : le jeu qui est le premier plaisir de l'enfant, jouissance pour lui de voir et de s'intéresser aux jeux de l'ombre et de la lumière, puis aux objets qu'il peut prendre dans ses mains et enfin en passant par tous les stades du jeu éducatif.

Nous n'avons pas cherché à savoir si, à 1 ou 2 mois près, l'enfant était en retard pour son évolution, mais simplement, tenu à prouver que la majorité des enfants s'adaptaient à la vie en pouponnière, que tous ceux qui avaient été traumatisés par des séjours hospitaliers et même des interventions et arrivant très retardés à la pouponnière, rattrapaient leur retard plus ou moins vite, plus ou moins complètement, ceci en rapport avec leur état somatique

et qu'ensuite ils évoluaient normalement, que tous ceux enfin qui venaient de leur famille avec un développement normal, en général continuaient à évoluer normalement.

Nous n'avons jamais observé d'enfants dont le développement psycho-moteur et affectif soit resté stagnant, sauf pour quelques rares cas pour lesquels nous chercherons une explication, et à plus forte raison, aucun enfant n'ayant régressé.

Nous avons également tenu grand compte des courbes de taille et surtout de poids, car nous avons remarqué qu'elles étaient très souvent influencées par les divers incidents affectifs qui touchent l'enfant tant du fait du changement dans l'ambiance dans laquelle il vit que du fait du changement dans son entourage.

Pour plus de précisions, nous avons l'aide très efficace de M. DUFORT, psychologue de la pouponnière, qui teste tous les enfants entrant à la pouponnière et les suit à l'aide des mêmes tests durant leur séjour. Il s'inspire des tests de BRUNET et LÉZINE et note les résultats sur des « feuilles de niveau » donnant pour chaque enfant son « profil psychologique ». Les observations des enfants portent ses notations à côté de celles fournies par les examens médicaux.

Nous tenons bien à préciser que ces tests sont pour nous un moyen d'étude au même titre que les autres observations faites par les médecins et les puéricultrices, au même titre que la lecture de la courbe de poids.

Nos déductions tiennent compte des indications données par les tests au même titre que les examens de laboratoire. L'interprétation de ces tests peut être faussée en effet du fait de la labilité du nourrisson et de sa sensibilité aux ambiances passagères, labilité de l'enfant en fonction d'une « tête étrangère » même si c'est toujours le même psychologue qui fait les tests, même s'il a l'habitude des enfants et est très bon avec eux. Pour l'enfant, cette intrusion dans son box d'un étranger qui, normalement, ne partage pas sa vie comme sa puéricultrice, peut être source d'angoisse qui souvent l'inhibe et peut, à elle seule, fausser les résultats en faisant croire à un faux retard : il faut vivre avec l'enfant pour pouvoir le juger tel qu'il est. Instabilité de l'enfant aussi, sensible à chaque détail d'ambiance différent de l'ordinaire, sensible à son état dans le moment où les tests lui sont proposés, après ou avant son dîner, après ou avant son sommeil.

Cette instabilité de l'enfant jeune nous a incité à donner à ces tests une valeur non absolue, mais une valeur-symptôme, définie par comparaison avec les autres observations.

Si on ne peut contester la valeur du Q.I. fait chez le grand enfant d'âge scolaire, chez le petit enfant et à plus forte raison chez le nourrisson, il est impossible de donner un Q.I. réel, car trop sujet à caution. Aussi l'âge mental est-il chez le très jeune enfant, donné en mois, par rapport à l'âge réel.

Nous reconnaissons donc la valeur des tests, si leurs conclusions ratifient tout un ensemble de détails observés jour après jour. Ils nous ont été, de plus, d'une grande utilité dans beaucoup de cas en attirant notre attention sur des faits qui, sans eux, auraient passés inaperçus ou en expliquant certaines réactions de l'enfant et grâce à la compréhension de ces cas, à en chercher remède.

Adaptation

Toutes les réactions peuvent se voir. Chaque enfant réagit en effet à la séparation en fonction de sa personnalité propre, en fonction de son passé affectif, en fonction aussi de son âge, suivant qu'il a déjà acquis une certaine autonomie ou non.

Nous avons étudié l'adaptation des enfants d'abord en fonction de la pouponnière, puis en fonction de l'individualité de chaque enfant.

L'adaptation de l'enfant est jugée par son comportement pendant les 24 jours du Lazaret, ses réactions avec l'entourage, ses pleurs ou sa gaieté, son inaction ou sa joie de jouer, l'appétit ou le sommeil et enfin sur sa prise de poids, car il est vrai que chez le petit enfant, le choc affectif, la mauvaise adaptation se traduisent toujours par une perte de poids ou tout au moins par un poids stagnant pendant plusieurs jours et parfois c'est le seul élément d'une adaptation un peu lente.

Dans cette étude de l'adaptation de chaque enfant, nous excluons les encéphalopathes qui ne peuvent avoir de réactions affectives variables.

Nous étudierons l'adaptation chez les enfants au-dessus de 8 mois, c'est chez eux que les réactions sont les plus importantes.

Pour les tout petits enfants en-dessous de 4 à 5 mois, seul compte le bien-être physique, leur sécurité vient de leur satisfaction de manger lorsqu'ils ont faim, d'être propres et secs, leur sécurité vient des gestes d'hygiène chaque jour recommencés et dans le même ordre, avec le même cérémonial. Leur sécurité vient de l'habitude. Chaque mois, à la pouponnière-école G. Richer, les courbes de poids de nombreux nourrissons sont étales à chaque changement de puéricultrice ; de même il est courant de remarquer de légères températures le jour où de nouvelles puéricultrices font la première toilette. Mais leur adaptation à la pouponnière n'est jamais marquée par des troubles du comportement importants. Tant que l'enfant ne s'est pas différencié du monde extérieur, et spécialement de sa mère, sa sécurité est acquise presque uniquement par le bien-être physique et la satisfaction de ses tendances de jouissance corporelle. Et si certains enfants très éveillés de 6 à 7 mois mangent mal pendant 2 ou 3 jours, nous ne voyons jamais chez eux de véritable crise d'adaptation.

Dans toutes les observations étudiées, nous avons fixé cet âge limite à 8 mois, car c'est l'âge à partir duquel l'enfant commence à pouvoir extérioriser ses réactions. Bien sûr, à partir de 2 mois, un enfant sourit et à 6 mois il tend les bras à sa mère, mais parce qu'elle s'occupe de lui et que c'est d'elle que dépend sa jouissance. L'important pour lui sera donc de retrouver une ambiance sécurisante.

Sur les 15 enfants âgés de moins de 8 mois à la pouponnière de La Chaux et sur les 16 enfants de moins de 8 mois à la pouponnière G. Richer, l'adaptation a toujours été bonne, aucun trouble n'a été signalé, l'enfant dort bien, mange normalement, sourit et joue ; aucun enfant ne resta apathique, indifférent et tous prirent du poids. Il semble donc bien à cet âge-là que l'ambiance sécurisante soit l'essentiel.

Adaptation globale en fonction de la pouponnière

Nous avons constaté en nous basant aussi sur les courbes de poids (tant il est vrai qu'un enfant malheureux ne prend pas de poids et même en perd du fait de sa détresse) :

— à la pouponnière de La Chaux, sur les 25 enfants qui à l'entrée avaient plus de 8 mois (ayant éliminé de cette étude les encéphalopathes dont l'observation ne peut rien nous apporter), tous avaient un poids de sortie du lazaret supérieur à celui qu'ils avaient en entrant 24 jours avant ; le gain de poids parfois très important était en moyenne de 540 g et deux fois supérieur au kilo ;

— à la pouponnière-école *G. Richer*, sur les 45 enfants qui à l'entrée avaient plus de 8 mois, 18 avaient un poids de sortie du lazaret inférieur ou égal à leur poids d'entrée et les 35 autres ont eu une adaptation beaucoup plus difficile et plus lente que dans l'autre pouponnière et une prise de poids moyenne de 320 g.

L'âge le plus mauvais d'adaptation, d'après cette statistique, se serait situé en moyenne entre 14 et 16 mois.

Nous pouvons aussi analyser ce séjour au lazaret et ne pas voir que le résultat global. Certains enfants en effet perdent du poids ou restent stationnaires la première semaine, puis grossissent après de telle sorte que le résultat de leur passage au lazaret soit positif.

— *A La Chaux*, seuls deux enfants ont perdu du poids les premiers jours.

Thierry, 9 mois, a perdu 380 g le 6^e jour, mais c'était un grand eczémateux très choqué affectivement et retardé du fait de son état.

Yasmina, 19 mois à l'entrée, avait perdu 200 g le 3^e jour, puis était restée 8 jours stationnaire. Son développement psycho-moteur était normal, mais c'était une enfant traumatisée qui avait été placée chez une nourrice jusqu'à l'âge de 15 mois et qui venait de sa famille où il y avait 8 enfants, donc qui a pu ressentir cette 2^e séparation plus profondément que la première. D'autre part, elle venait d'une fratrie où certainement plusieurs grandes sœurs s'occupaient d'elle ; cela s'est avéré vrai par la suite, elle s'ennuyait au lazaret, car la vie de groupe l'a trouvée gaie et d'un très bon développement psycho-moteur.

— *A. G. Richer*, 15 enfants ont perdu du poids, 300 à 500 g vers le 8^e-10^e jour. Ces différences, qui sont globales et non pas des faits individuels, peuvent s'expliquer non pas par le fait des puéricultrices, car s'il y a un manque de stabilité dans les puéricultrices qui changent tous les 2 mois, les enfants ne passant que 3 semaines au lazaret, n'ont pas le temps de s'en apercevoir, mais ceci serait explicable par l'organisation des locaux :

— *A La Chaux*, les enfants sont par boxes individuels, ils peuvent voir les voisins ou les puéricultrices dans le couloir ou les mouvements à l'extérieur de la pouponnière par les grandes baies, mais ils sont isolés ; de plus, le personnel fixe a une expérience des enfants que n'ont pas les élèves.

— *A G. Richer*, ils sont par boxes de 2 à 4 et il est certain qu'à cette période, du moins pendant la première quinzaine, du lazaret, l'enfant a besoin de calme et de tranquillité, il a besoin d'être seul.

Adaptation individuelle

A. — BONNES ADAPTATIONS :

Certains enfants s'adaptent facilement. Ce sont des enfants à bon équilibre affectif, à développement psycho-moteur normal et à autonomie acquise.

Telle par exemple *Dominique R...*, 22 mois à l'entrée, poids et taille normaux, venant pour une convalescence de coqueluche et qui a pris 1.080 g en 24 jours ; c'est une enfant vivante à développement psycho-moteur normal.

Telle aussi *Nadine C...*, 28 mois à l'entrée, légère hypotrophie, venant pour anorexie et convalescence de diarrhée et qui a pris 1.040 g en 24 jours ; enfant très sage, s'amusant à la maman avec sa poupée.

Tel encore, dans l'autre pouponnière, *Didier S...*, 31 mois 1/2, enfant unique, convalescent de coqueluche, mais venant surtout pour cause sociale, sa mère attendant un autre enfant ; très bel enfant de poids et de taille supérieurs à son âge, a pris 500 g au Lazaret.

L'adaptation normale d'un enfant normal mis en présence d'une situation nouvelle, d'un mode de vie différent, passe cependant presque toujours par une petite crise. La première semaine il y a une période un peu difficile où souvent l'enfant ne prend pas de poids, pleure les premiers jours. Il faut savoir respecter cette période, ne pas s'en inquiéter, on ne peut l'éviter par aucun moyen. La solitude est importante pour l'enfant à ce moment. Puis la deuxième semaine : l'enfant va bien, s'adapte, prend du poids. Enfin, la troisième semaine, surtout s'il est grand et ne va pas trop mal, il s'ennuie.

Michel, 32 mois, est l'exemple d'adaptation normale.

Michel, 32 mois à l'arrivée, développement psycho-somatique normal. Poids 12,500 kg. Taille 88,5 cm.

Il est convalescent d'une opération pour tumeur oculaire (tumeur s'étant révélée bénigne à l'examen anatomopathologique). Comportement psychique et affectif normal ; milieu familial valable ; enfant très éveillé mais nerveux, à sommeil agité (habite Paris) ; l'adaptation fut simple et normale ; a pleuré les deux premiers jours ; n'a pas perdu de poids ; la dernière semaine du Lazaret, il s'ennuyait et pleurait de nouveau ; a pris 500 g au Lazaret en 3 semaines.

Ceci est une adaptation normale d'un enfant normal.

B. — MAUVAISES ADAPTATIONS :

Paul L..., 33 mois à l'entrée, personnifie *la mauvaise adaptation* à la pouponnière.

Paul était admis à la pouponnière pour cause sociale (sa mère attendait son deuxième enfant). C'était un bel enfant de 14,810 kg pour une taille de 92,5 cm.

Paul fuyait le contact des adultes, ne jouait pas, avait un air buté, ne parlait pas.

Le psychologue note que Paul est intelligent, mais qu'il a un blocage complet du langage en face de l'adulte.

Il partageait son box avec Didier dont nous avons décrit le cas dans les bonnes adaptations. Didier venait chercher Paul pour le forcer à jouer, pour le consoler, pour essayer de le sortir de son coin, il l'exhortait à manger et même l'aidait.

Pendant que Didier prenait 1/2 kg au Lazaret, Paul les perdait régulièrement. Il est resté deux mois à la pouponnière, il a continué à perdre du poids et a fait un séjour néfaste. La mère de Paul avait signalé que son enfant était déjà buté et renfermé, mais qu'il parlait couramment.

— *Sylvie G...*, 21 mois. Elle aussi a eu une adaptation très pénible. Troisième enfant d'une mère de 25 ans qui abandonne son mari et ses trois enfants. Sylvie, la plus petite, est confiée à sa grand-mère paternelle, avec qui l'enfant s'adapte bien ; au bout de trois mois, la grand-mère tombe malade et confie l'enfant à la pouponnière.

Sylvie, à l'entrée, est une enfant gracieuse, éveillée, qui a un développement psycho-somatique normal et aucun trouble du comportement. Elle semble s'adapter très bien les deux premiers jours, elle pense attendre sa grand-mère ; le médecin la voit le deuxième jour. C'est une enfant vive, coopérant bien à l'examen, nous parlant de sa « mamie » qui va venir la rechercher et de son ours qu'elle ne veut pas quitter, cherchant sur son corps les moindres petites égratignures qu'elle montre. Sylvie est très sociable et très bavarde.

Du 3° au 5° jour, elle erre, perdue dans son box, le regard vide, serrant son ours contre elle ; si on essaye d'entrer en contact avec elle, elle nous regarde angoissée et appelle sa grand-mère, puis elle semble s'enfermer dans un monde à elle où nous n'avons pas accès ; elle ne veut pas manger, se force à vomir, présente un état de

détresse important, Du 5° au 8° jour, elle ne veut pas se lever, reste couchée, prostrée, indifférente. Elle a perdu 1,300 kg en 8 jours, elle ne présente cependant aucun signe de déshydratation.

A partir du 8° jour, elle reprend du poids, reprend un peu goût à la vie du box, mais reste très instable, elle met un mois à reprendre le poids perdu. Deux mois après son entrée, elle s'habitue à l'entourage et accepte de jouer, elle pleure facilement, reste nerveuse et tremble.

Quatre mois après son entrée, l'enfant parle mieux, mange mieux, le développement psycho-moteur est presque normal. Elle part au bout de 6 mois, ayant grossi de 2 kg ; son développement est bon. Elle tremble toujours un peu et n'est pas propre.

Sylvie, à l'inverse de Paul, s'est adaptée à la pouponnière, mais très lentement et après un choc affectif important. Elle a ressenti comme un deuxième abandon la perte de sa grand-mère, la perte de sa mère l'ayant déjà sensibilisée.

Dans certains cas, chez de grands enfants envoyés pour troubles caractériels, anorexie, **nervosisme**, trouble du sommeil, l'adaptation au Lazaret de la pouponnière se fait normalement, alors que l'entrée dans un groupe qui suit le Lazaret peut se révéler difficile, nous verrons cela plus loin.

Donc, en résumé :

A la pouponnière de La Chaux, sur 25 enfants :

17 se sont adaptés sans aucun trouble, normalement ;

8 se sont adaptés plus lentement, 8-10 jours, mais leurs réactions peuvent être considérées comme normales ; aucun ne n'est pas adapté.

A la pouponnière-école G. Richer, sur 45 enfants :

24 se sont adaptés sans aucun trouble ;

19 un peu plus lentement ;

Seuls deux enfants se sont mal adaptés avec troubles assez importants : Paul L... et Sylvie G...

D'où 59 % des enfants se sont très bien adaptés, et 39 % se sont adaptés un peu plus lentement, mais normalement ; seuls 2 % ont eu une mauvaise adaptation.

Il semble qu'actuellement les signes de carence affective se présentent sous des formes atténuées, car tout est mis en œuvre, dès l'entrée de l'enfant, pour favoriser l'adaptation et éviter toute carence.

Dans les cas où les enfants arrivent d'Hôpitaux sans avoir jamais connu d'ambiance familiale, les troubles sont ceux que les premiers auteurs ont décrits, avec réaction de désintérêt, retard de la marche, du langage, anorexie, hypotonie et il faut beaucoup de temps et de patience pour « accrocher » l'enfant et le faire redémarrer.

Dans les cas les plus nombreux où les enfants quittent temporairement la mère pour un temps limité, il y a parfois une période d'adaptation de 10 à 20 jours où les enfants au-dessus de 6 à 8 mois ont une attitude faite d'apathie ou, à l'inverse, d'opposition ; puis ils s'habituent peu à peu, conservant parfois une légère anxiété, de l'anorexie, une tendance aux attitudes opposantes ; ordinairement tout rentre dans l'ordre au bout de 15 jours et la réapparition du sourire et du jeu est le premier signe de l'adaptation ; c'est dans ce groupe que nous avons classé les enfants à adaptation lente.

Il est exceptionnel habituellement qu'un enfant ne puisse s'adapter et que débute une forme grave de carence affective.

Il nous semble, d'après cette étude, que l'adaptation de l'enfant soit fonction de plusieurs facteurs :

Son âge à l'entrée. De même qu'il y a une limite inférieure que nous avons fixée à 8 mois et en dessous de laquelle il n'y a pas de choc affectif à la séparation de l'enfant d'avec sa mère (tout juste parfois pour les enfants de 4 à 8 mois : ils mangent moins bien pendant une semaine) et qu'il y a une limite supérieure fixée à 4 ans par les psychologues d'enfants, il semble qu'il y ait de même un âge plus néfaste à la séparation. D'après nos observations, cet âge se situerait entre 8 mois et 18 mois et plus précisément entre 13 mois et 17 mois, mis à part le cas de *Yasmina*, 19 mois, qui fit un choc affectif à minima, tout comme *Sylvie*, 21 mois, et le cas de *Paul*, 33 mois, qui était certainement un enfant caractériel avant son entrée.

Tous les autres enfants s'étant mal adaptés avaient entre 9 et 17 mois, 73 % entre 12 et 17 mois. Si on essaye de cerner encore plus l'âge néfaste, il semble que les adaptations les plus lentes se soient vues entre 14 et 16 mois.

Au-dessus de 18 mois, il est normal de voir l'enfant pleurer pendant les premiers jours du lazaret, ces enfants, habitués à l'espace, supportent mal l'emprisonnement du box individuel, puis l'enfant

monte sur son lit et entre en contact avec les voisins par les parois de verre : cela va beaucoup mieux et au bout de quelques jours il a retrouvé en partie sa vivacité.

L'adaptation semble dépendre aussi de son *état affectif* à l'entrée. Un enfant traumatisé réagira plus difficilement à la séparation, traumatisé soit par un milieu familial déficient, soit par plusieurs séparations antérieures ou plusieurs hospitalisations.

Sur tous les enfants s'étant adaptés lentement, tous venaient de l'Hôpital ou d'un milieu familial déficient.

Séjour

Nous étudions ici 104 enfants ; les 6 autres ayant fait un long séjour seront vus plus complètement dans le chapitre suivant.

Pour la plupart de ces enfants ayant passé 2, 3 ou 4 mois à la pouponnière, ENFANTS DÉBILES, *hypotrophiques* à l'entrée, le *séjour fut bon*, avec dans un premier temps récupération d'un développement normal et dans un deuxième temps, progression du développement.

Ces séjours sont trop courts pour juger de l'efficacité réelle et d'une évolution dans le développement psycho-moteur que nous jugerons surtout chez des enfants ayant fait de longs séjours, mais on constate cependant que tous les enfants ou presque, ont eu, par mois, une prise de poids supérieure à la normale, compte tenu de leur âge, et ont eu des réactions normales : comportement vis-à-vis des puéricultrices et des autres enfants. Tous ces enfants débiles sont retardés à l'entrée et en général la récupération d'un poids subnormal est parallèle à la progression de leur développement psycho-affectif.

On pourrait citer de nombreux exemples :

Nadine C..., 28 mois, qui, à l'entrée, avait un poids de 18 mois, au bout de trois mois avait un poids normal pour 31 mois de 12,660 kg. Cette enfant sotte s'amusait à des jeux de garçons, son comportement a été normal, elle s'est bien adaptée à la vie de groupe aussi bien qu'à l'isolement du lazaret, elle a fait un bon séjour.

Mohamed G..., 8 mois. A l'entrée, poids de 6 mois (6,940 kg). Taille de 6 mois 1/2. Au bout de 5 mois, à 13 mois, poids de 9,850 kg supérieur à la normale (9,300) et taille de 74 cm normale. Mohamed a un développement normal, s'amuse bien, commence à marcher.

Khebach M..., 9 mois à l'entrée, poids de 7,130 kg, poids de 6 mois 1/2, taille de 7 mois. Au bout de 4 mois, poids de 9,450 kg à 13 mois, taille de 73 cm. Poids et taille normaux. A 12 mois, il se tient debout avec appui. A 13 mois il marche, son développement est normal.

Certains enfants entrés avec un très gros retard physique et psychique, celui-ci découlant du premier, ont presque comblé ce retard.

Elizabeth M... A l'entrée, 9 mois, poids 5,600 kg. Taille 64 cm. (Poids de 3 mois, taille de 5 mois).

A la sortie, à 17 mois, poids 9,400 kg (poids de 13 mois et taille de 76 cm, de 13 mois aussi).

A 9 mois l'enfant est toujours couchée, grognon, asthénique.

A 15 mois se tient debout appuyée, mange bien.

A 17 mois, marche soutenue.

Malika B... A l'entrée, 10 mois. Poids 6,020 kg. Taille 67 cm (poids de 4 mois 1/2, taille de 7 mois).

Au départ, à 19 mois, poids de 10,100 kg presque normal, taille de 81 cm normale.

Marche appuyée, s'amuse et joue.

Nasser L... A l'entrée, 20 mois 1/2, poids 10,400 kg. Taille 76 cm. Retard de poids de 1 kg et de 6 cm de taille.

Après 3 mois de séjour, poids 12,160 kg. Taille 80 cm.

Le poids est normal, la taille encore petite (mais la mère est très petite). Nasser était très sauvage à l'entrée ; après un séjour de 3 mois, son comportement social est bon : l'enfant est affectueux, gentil camarade, il joue bien, il est éveillé et drôle.

On pourrait citer d'innombrables exemples de séjours profitables. Ce sont les cas de presque tous les rachitiques, hypotrophiques dont le développement psycho-moteur progresse en fonction de l'amélioration de l'état physique.

Certains enfants font un séjour particulièrement bénéfique. Ce sont des ENFANTS HYPOTROPHIQUES, mais non débiles et dont le développement psychique a toujours été normal.

Par exemple :

Frédérique P..., 21 mois 1/2, poids très insuffisant de 9,960 kg (N. 11,500 kg) pour une taille un peu supérieure à la normale. Par une prise de poids de 2,340 kg en 4 mois elle a rattrapé son retard : 12,200 kg à 25 mois. Elle a toujours eu un développement psychomoteur normal ; elle est peu adaptée à la vie du groupe, mais c'est une enfant unique (mère 20 ans).

Tel encore *Bachir G...*, 22 mois, qui avait un poids et une taille sensiblement normaux à l'entrée, mais avait été traumatisé (sévices de la nourrice). En 3 mois, prise de poids remarquable de 2,610 kg. A la sortie, à 25 mois, pour une taille normale de 84 cm, a un poids supérieur à la normale, 13,610 kg (N. 12 kg). Cet enfant est toujours resté gai, bon camarade, heureux de vivre. Au lazaret, il s'occupait de sa demi-sœur Lydia, 10 mois 1/2, qui était toujours couchée, car plâtrée ; puis il s'est bien adapté à la vie du groupe, enfant gai, qui joue bien, parle bien.

Sylvie L..., 25 mois à l'entrée. Admise à la pouponnière pour grosse hypotrophie. Poids de 8,500 kg, pour une taille de 78,5 cm. Hypotrophie due en partie à une hygiène familiale déplorable, mère de 30 ans, 8 enfants, logement insalubre et exigu (âge des enfants : 13, 9, 8, 6, 5, 3 1/2, 25 mois, 1 an).

Son observation est surtout intéressante du point de vue psychologique.

— Au lazaret Sylvie s'est bien adaptée, elle est restée 8 jours stationnaire, puis a pris 760 g les 15 jours suivants.

— A la sortie du lazaret, le psychologue la voit et constate que son développement psychologique est très peu retardé, sur le plan moteur développement normal, son développement affectif est instable, Sylvie est très agressive avec ses camarades.

A 28 mois, elle est toujours terrible et un peu instable. Son comportement social s'est un peu amélioré, elle se plie aux exigences du groupe.

— A 29 mois le psychologue note de gros progrès sur tous les plans, actuellement enfant bien équilibrée, sociable, gentille avec ses camarades, pas toujours facile avec les adultes : sélective, exclusive. Elle parle très bien, se montre active et rapide aux tests, a un développement de 30 mois.

— A 30 mois, elle a pris 2,200 kg en 4 mois.

LES ENFANTS NORMAUX A L'ENTRÉE et admis à la pouponnière soit pour y subir le B.C.G. (mère ayant une tuberculose évolutive), soit pour raison sociale pure — fait déplorable — réagissant différemment, de même que les enfants admis pour une convalescence de maladie ne les ayant pas marqués ; on ne peut prévoir cela avant et c'est pourquoi il faut toujours bien réfléchir avant d'envoyer ces enfants en pouponnière.

Tel *Michel C...*, 32 mois, dont nous avons vu l'adaptation au lazaret et qui a eu un développement satisfaisant pendant tout son séjour.

Telle à l'opposé *Sylvie G...*, 21 mois, dont nous avons vu le stress intense ; il faudrait pouvoir la suivre à longue échéance pour voir si ce séjour ne l'a pas marquée profondément.

Tel encore *Didier*, 31 mois, bel enfant sans problème et à l'opposé *Paul L...*, 33 mois, pour qui le séjour a été néfaste.

Jamel L..., 28 mois, séquelle de polio, M.I.G. atrophié, vient surtout pour raison sociale, 7 enfants, mère de 33 ans. Très bel enfant à l'entrée, poids de 12,880 kg, taille 91,5 cm, normaux, bon développement psycho-moteur.

En 5 mois a pris 2 kg et 4 cm, à la sortie, 33 mois, a une taille de 3 ans et un poids bien supérieur à 3 ans.

Enfant intéressant, de très bon développement, aucun trouble du comportement.

De même *Ramdane B...*, 31 mois 1/2, venant pour subir le B.C.G. (mère tuberculeuse et contagieuse). A l'entrée, poids 14,300 kg, taille 90 cm. Au bout de 5 mois, à 3 ans, poids 16,280 kg (P.N. 14) et taille de 95 cm. Très bel enfant, gentil, sociable, intelligent, se mêlant bien à la vie du groupe.

Quant aux enfants venant POUR TROUBLES NERVEUX, soit trouble du sommeil avec insomnie, cauchemars, soit trouble de l'appétit avec anorexie, soit trouble du comportement et troubles caractériels, le séjour est bénéfique si le trouble que les amène se révèle être une réaction saine au milieu anxiogène les environnant.

Mais parfois le trouble est constitutionnel, terrain nerveux fragile, et en ce cas le séjour en pouponnière n'est pas toujours profitable, et peut même être un échec.

Lina D... était envoyée pour anorexie. Nous avons appris que sa mère était très nerveuse et a fait une dépression pendant sa grossesse. A l'entrée, 19 mois, poids 10,400 kg, Taille 82 cm. A la pouponnière l'enfant a récupéré un poids normal, 11,220 kg à 22 mois (P.N. 11,200 kg) et son appétit était normal, quoiqu'un peu capricieux.

Son anorexie était une conséquence du milieu, son séjour lui a été profitable, mais cela n'a pas combattu l'origine de l'anorexie. Peut-être a-t-il suffi de calmer la mère, la déculpabiliser et rompre ainsi le cercle vicieux de l'anorexie.

Géraldine R..., 5 mois, envoyée aussi pour anorexie. Enfant menue et bien proportionnée, de poids et taille inférieurs à la normale, 5,770 kg et 63 cm.

Anorexie psychogène liée à l'anxiété du père vis-à-vis de cette enfant, élevée par une mère anxieuse, ayant peur de mal réussir avec elle, une grand-mère et plusieurs nurses.

A la pouponnière, amélioration de l'anorexie, mais l'appétit reste très capricieux, prise de poids de 1 kg en 4 mois. Poids de 6,770 kg à 9 mois (N. 8,200 kg) pour une taille normale, enfant éveillée, gracieuse, mais capricieuse.

Quant à *Jean-François P...*, 15 mois, envoyé aussi pour anorexie et nervosisme, son séjour ne lui a pas été profitable. Alors qu'il avait un poids normal à l'entrée, 10,100 kg, et une taille normale de 77 cm (P.N. 9,800 kg, T. 77), à la sortie, au bout de 3 mois, sa taille était supérieure à la normale, 84,5 cm (N. 81), mais son poids inférieur : 10,870 (N. 11,300 kg). L'adaptation a été difficile, pendant 10 jours, pleurs continuels dès qu'on le laissait seul, puis, par la suite, perte de poids importante, détresse et pleurs après chaque visite des parents, cris perpétuels, colère, instabilité. C'était un enfant trop lié à sa mère qui avait créé un lien pathologique entre elle et son enfant, lui ayant épargné toute frustration, ne l'avait pas préparé à des situations nouvelles.

Le problème d'*Agnès* est encore différent. Agnès M..., 17 mois, taille 86 cm, supérieure à 2 ans et d'un poids sensiblement normal pour son âge, était admise à la pouponnière pour anorexie. Le problème d'Agnès était particulier, elle était la dernière enfant d'une fratrie de 8, son anorexie avait débuté lorsqu'elle avait 1 an, lors d'une épidémie d'oreillons dans sa famille et alors qu'elle-même n'en avait pas été atteinte ; sa mère est infirmière, elle est arrivée à la pouponnière avec un dossier impressionnant.

A l'entrée, le psychologue note que l'enfant, qui marche, court, a un développement normal, elle parle peu et semble timide, au lazareth, elle prend 550 g, semble bien s'adapter, l'anorexie s'améliore même.

On la met au box des grands, l'anorexie recommence, très tenace, elle ne prend pas un gramme pendant 2 mois entiers, depuis sa sortie du lazaret. A ce moment-là le psychologue note que l'enfant ne paraît pas heureuse, elle est renfrognée, va ennuyer les autres et ne peut elle-même se fixer à une occupation, langage peu développé, mange très mal, enfant perturbée.

Le psychologue suggère de la changer de box, de la remettre avec des petits, elle redescend deux boxes et à partir de ce moment, se transforme, grossit de 1.100 kg en 1 mois 1/2, mange, s'épanouit, joue, se remet à parler.

Telle est *Houria*, entrée le 26-10-63 à 28 mois, pesant 13 kg, taille de 91 cm. Elle a été nourrie 6 mois par sa mère, elle entre pour anorexie, nervosisme, énurésie (si tant est que l'on puisse parler d'énurésie à cet âge), mais elle n'a pas perdu de poids au lazaret. A la sortie du lazaret, poids 13,520 kg, elle a donc pris 500 g en 3 semaines, en 8 jours après sa mise au box des grands, perte de poids de 500 g, elle a mis 1 mois à le rattraper.

Puis, le dernier mois de son séjour, elle prend 500 g encore, le psychologue a noté que l'enfant est bien adaptée un mois après son entrée au box des grands, avec un bon contact social. Développement affectif semblant un peu retardé : 24 mois.

Certains ont besoin d'un LONG SÉJOUR pour que le bienfait de la pouponnière se fasse sentir. Pour d'autres, au contraire, qui s'ennuient un peu, un LONG SÉJOUR N'EST PAS PROFITABLE. Ceci se voit soit pour des enfants grands et normaux qui s'ennuient un peu, soit pour des enfants ayant récupéré après un long séjour une taille et un poids normaux.

Nous venons de voir le cas d'Agnès, qui a commencé à grossir le 4^e mois de son séjour.

De même *Claude Ch...*, 15 mois, qui venait également pour anorexie et hypotrophie : il n'a pris du poids qu'à partir du 3^e mois de son séjour, a pris 1.300 g les deux derniers mois, son comportement psychique ne s'est amélioré qu'à ce moment.

Pour d'autres c'est le contraire qui se passe.

Ainsi *Marie-Hélène C...*, 24 mois, poids et taille normaux, venait pour raison sociale pure, a pris 900 g le 1^{er} mois, puis a perdu 500 g le 2^e mois ; c'était une enfant grande et normale qui s'ennuyait.

De même *Dominique R...*, 22 mois, poids et taille normaux, venait pour convalescence de coqueluche, a pris 1.340 g le 1^{er} mois, n'a rien pris le 2^e mois et jouait moins.

Ainsi encore *Monique G...*, 32 mois, raison sociale (mère hospitalisée), poids et taille normaux à l'entrée, a grossi de 1.100 g en deux mois et a perdu 300 g le dernier mois.

Isabelle F..., 27 mois, illustre bien les deux réactions successives, à 27 mois elle entre à la pouponnière pour une grosse hypotrophie et secondairement pour une convalescence de coqueluche, elle pèse 9,500 kg (P.N. 12,500 kg) pour une taille de 82 cm (N. 87).

Isabelle s'adapte bien, elle grossit de 740 g en 24 jours, puis elle fait sa réaction d'adaptation à sa mise dans un groupe, elle ne grossit plus et ne joue plus, elle est agressive et exclusive, elle grossit de 1.100 g les 4^e et 5^e mois, et le dernier mois, de nouveau maigrit.

Certains enfants ne peuvent bénéficier de leur séjour si on les change de box trop souvent, car ils doivent s'adapter à nouveau à une nouvelle puéricultrice. Nous pourrions citer des exemples de chaque type d'adaptation ou de séjour.

En conclusion

Le comportement psychique du nourrisson pendant le séjour est commandé par plusieurs facteurs.

Il est d'abord sous la dépendance de cette débilité, cause d'admission de la plupart des enfants, et quelle qu'en soit l'origine, ce retard psycho-moteur, souvent considérable, disparaît en général rapidement avec l'amélioration de la santé et la reprise de poids.

— L'anomalie du psychisme est aussi en rapport avec la durée des séjours hospitaliers et des placements antérieurs, l'âge où le nourrisson a été frustré des soins maternels, et les possibilités et tendances héréditaires de chacun.

— Le retard psycho-moteur est fait d'abord de troubles *intellectuels* décelés par le comportement général de l'enfant : sa vivacité, son aptitude aux jeux, ses réactions de contact avec l'entourage ; il est calculé par les différents tests employés à cet usage.

Le retour de langage est toujours observé, alors qu'il n'est jamais retenu chez les enfants vivant avec leur mère dans « l'hôtel maternel », dans les mêmes conditions de vie collective.

— Les troubles *affectifs* et caractériels sont variés : apathie, tristesse, passivité, refus de s'alimenter, ou caprice, impulsion avec envie de mordre ou de frapper, ou anxiété, refus de jouer, ou encore tendresse exagérée, crainte d'être abandonné.

— Enfin les troubles *moteurs* accompagnent les troubles intellectuels et caractériels, mais sont parfois prédominants ; ils sont constitués par le retard dans la tenue de la tête, l'installation de la position assise et la marche.

Ces atteintes de la motricité, parfois indice d'asthénie d'origine psychique, sont également, et le plus souvent, la conséquence de troubles de la nutrition, accompagnant la débilité. La preuve en est qu'ils sont améliorés par le traitement médical.

Nous n'avons jamais observé d'arrêt de développement, ni vu s'aggraver un syndrome psycho-moteur pré-existant à l'entrée en pouponnière, mais toujours le comportement psychique des nourrissons s'est amélioré, parfois la progression vers la normale fut lente, fonction de la carence affective prolongée.

— Par contre, nous avons observé des troubles décrits par Mme AUBRY sous le terme d'*atrophie psychique*, ces altérations sont dues à des lésions plus ou moins profondes des centres nerveux et donnent des troubles du tonus musculaire et de la motricité ; ces troubles psychiques ont le pronostic des lésions causales et ne sont en aucune façon des troubles du comportement par frustration ou inadaptation.

Nous diviserons ces encéphalopathies en deux groupes :

— Les *encéphalopathies « irrécupérables »*, pour lesquelles aucune science, aucun amour ne peuvent rien : enfants en état de décérébration soit par intense anoxie néo-natale (*Eliane, Aïcha*, réanimée 1/2 heure), soit séquelles de méningite tuberculeuse, exceptionnelles actuellement.

— Ceux qui sont très retardés, mais qui possèdent quelques possibilités, aussi minimales soient-elles, bénéficient de la pouponnière, car par des stimulations incessantes, il est possible d'obtenir d'eux un minimum leur permettant le séjour ultérieur en milieu familial.

Sur 110 enfants : 3 microcéphales à pronostic désespérant, 1 enfant en état de décérébration par anoxie néo-natale, 2 polymalformés encéphalopathes.

La durée du séjour est en moyenne de 3-4 mois, mais pour une importante minorité ce séjour se prolonge 6 mois, 1 an et même plus ; ainsi est rendue possible une observation prolongée.

La pouponnière joue vraiment un rôle très important pour les enfants dont *la maladie est chronique*, grave, nécessitant des soins minutieux et une surveillance médicale constante ne pouvant être

faite à domicile ; et il est intéressant de voir l'évolution psychique et affective de ces enfants passant de longs mois à la pouponnière. Il est encourageant de voir un enfant de 3 ans, à sa sortie de pouponnière, normal, alors qu'à 1 mois il était perdu, et à 6 mois ou 9 mois, ayant passé le cap difficile des premiers mois, très retardé au point de vue psychique. C'est là l'histoire surtout des enfants atteints de cardiopathies congénitales.

De même pour les enfants atteints de bec-de-lièvre et devant être gavés les premiers mois, la pouponnière peut leur assurer une ambiance affective normale, leur permettant de se développer en attendant l'âge où la chirurgie plastique pourra intervenir.

Sur les 110 enfants étudiés et avec un recul de 18 mois, *8 enfants ont fait un séjour égal ou supérieur à 1 an.*

Bernard V..., entré à 3 semaines, pour bec-de-lièvre bilatéral total ; à l'entrée, il pesait 2,890 kg. Taille 51 cm.

Il est resté 1 an, à la sortie il pesait 9,110 kg et mesurait 70 cm. Il avait un poids normal pour une taille un peu petite. La réfection de son bec-de-lièvre a nécessité 1 mois d'hôpital où l'enfant avait maigri ; son développement somatique est bon, son développement psycho-moteur encore un peu retardé.

Jean-Louis F..., entré à 8 mois 1/2 pour grosse hypotrophie par sous-alimentation (erreur diététique, mère épileptique). A l'entrée, poids de 5,960 kg (N. 8,200 kg). Taille presque normale, 67 cm. Il est resté 1 an, au départ il pesait 9,070 kg (N. 11.600), taille de 78 cm (N. 81 cm). A 1 an, enfant se tenant debout avec appui.

Le psychologue note qu'il est retardé mais intelligent, et qu'il faut qu'il prenne du poids pour se développer.

A 15 mois, c'est un enfant facile, qui marche, s'amuse bien ; à 21 mois, l'enfant reste retardé, il est timide, peureux, il a certainement été traumatisé par de mauvais contacts affectifs dans les premiers mois de sa vie.

Laurence P... Est restée 17 mois.

Patricia P... Est restée 17 mois.

Jean-Pierre R..., 17 mois également.

Pascal S... Est depuis 17 mois à la pouponnière.

Philippe F... Est à la pouponnière depuis 20 mois.

Bernadette G... Est depuis 22 mois à la pouponnière.

De ces 6 enfants, nous suivrons les observations détaillées au chapitre suivant.

OBSERVATIONS

I. — A LA POUPONNIERE DE LA CHAUX.

1. *Dalila B...* — 18 jours à l'entrée, doit être isolée pour subir le B.C.G., sa mère ayant une tuberculose évolutive.

— A pris 2 kg 300 en 3 mois.

— A la sortie, poids supérieur à la normale, très bon comportement : se tient assise appuyée.

2. *Patrick N...* — 3 semaines à l'entrée : bec-de-lièvre avec fissure palatine.

— A pris 6 kg 500 en 7 mois.

— A la sortie, léger retard staturo-pondéral.

— Enfant s'étant développé normalement sur le plan affectif et psycho-moteur : se tient assis sur une petite chaise, joue bien.

3. *Pascal S...* — 1 mois à l'entrée : cardiopathie congénitale sévère ; encore présent à la pouponnière actuellement après 17 mois de séjour ; son observation détaillée sera vue au chapitre suivant.

4. *Fatima D...* — 2 mois à l'entrée, vient de l'hôpital, convalescente de méningite à méningocoque avec purpura important.

— A pris 2 kg 500 en 4 mois ; à la sortie, poids et taille normaux (son séjour a été coupé par une déshydratation importante nécessitant une perfusion, donc son envoi à l'hôpital).

— A son départ, son comportement psycho-moteur était excellent.

5. *Florence B...* — 2 mois 1/2 à l'entrée, maladie de Leiner-Moussus.

— A pris 1.900 g en 3 mois 1/2.

— A la sortie, poids normal, développement psycho-moteur normal.

6. *Thérèse R...* — 2 mois 1/2 à l'entrée, vient de l'hôpital, convalescente de diarrhée.

— A pris 1.340 g en 2 mois 1/2 ; a un léger retard pondéro-statural.

— Enfant éveillée.

7. *Serge A...* — 3 mois à l'entrée, importante hypotrophie par vomissements (plicature gastrique) ; 3 kg 900 (N. 5,200) pour une taille normale.

— A pris 3.700 g en 6 mois.

— L'enfant est éveillé, souriant, a un excellent contact social et un développement normal.

8. *Hélène B...* — 3 mois 1/2 à l'entrée, cardiopathie congénitale (C.I.V.).

— Séjour de 9 mois, prise de poids de 3.540 g.

— Au départ, un an, 8 kg 500, 72 cm, le développement psychomoteur a toujours été retardé, mais Hélène a eu pendant tout son séjour des furoncles à répétition avec, chaque fois, fièvre importante et baisse de l'état général.

9. *Djamel H...* — 4 mois à l'entrée, vient de l'hôpital, grosse hypotrophie : 3 kg 400 (normal : 5,900) ; il prend 3 kg 200 en 5 mois de séjour ; le retard staturo-pondéral persiste, mais moins important ; à la sortie, la psychologue note que l'enfant est retardé, mais qu'il doit se développer vite, s'il est stimulé, car les progrès ont été importants à la pouponnière.

10. *Nadia B...* — 4 mois 1/2 à l'entrée, vient de l'hôpital, convalescente de diarrhée grave, elle prend 1 kg 600 en 3 mois de séjour ; elle présente toujours un retard pondéral : 6 kg 900 (normal : 8,200) pour une taille normale.

— Nadia est une enfant éveillée, souriante.

11. *Christiane R...* — Vient de l'hôpital : convalescente d'otite, enfant hypotrophique et anorexique.

— En 2 mois 1/2, prend 920 g, son développement psychique est bon, elle mange mieux.

12. *Géraldine R...* — 5 mois à l'entrée, vient pour anorexie psychogène.

— En 4 mois elle prend 1 kg, l'appétit reste capricieux, mais on ne peut plus parler d'anorexie, l'enfant part améliorée. (C'était une anorexie psychogène liée à l'anxiété maternelle et surtout paternelle).

13. *Bernadette G...* — 6 mois 1/2 à l'entrée, c'est une enfant polymalformée, débile, encore présente à la pouponnière actuellement après 22 mois de séjour ; son observation détaillée sera vue au chapitre suivant.

14. *Laïla K...* — 7 mois 1/2 à l'entrée, vient de l'hôpital, convalescente de diarrhée.

— Enfant normale s'étant bien adaptée au lazaret : bon contact, enfant souriante et gracieuse.

— A pris 1 kg 300 en 4 mois ; son développement psychomoteur est bon, mais elle aurait bénéficié d'une prolongation, car elle reste hypotonique et légèrement hypotrophique : 8 kg 700 à 1 an.

15. *Soraya A...* — 7 mois 1/2 à l'entrée, convalescente de diarrhée, grosse hypotrophie (5 kg 500 au lieu de 7,500) ; s'est bien adaptée au lazaret : bon contact, a pris 500 g.

— A pris 3 kg 500 en 4 mois ; elle part en très bon état général ; c'est une enfant vive à développement normal.

16. *Thierry Ch...* — 9 mois à l'entrée, eczéma très important, grosse hypotrophie, convalescent de coqueluche, adaptation difficile (voir obs. détaillée) ; est resté 8 mois, a pris 3 kg 500.

— A la sortie, son développement est toujours retardé, parallèlement avec son retard staturo-pondéral (à 17 mois : T. et P. de un an), mais il a toujours été continu depuis l'entrée, les tests lui donnaient : 9 mois pour un âge réel de 11 ; 12 mois pour un âge réel de 15 ; 16 mois pour un âge réel de 17.

— Au départ, âge mental presque normal, en rapport avec la rémission de son eczéma.

17. *Patricia B...* — 9 mois à l'entrée, spina bifida aperta et hydrocéphalie secondaire ; est restée 17 mois à la pouponnière. Son observation détaillée sera vue au chapitre suivant.

18. *Christian B...* — 9 mois 1/2 à l'entrée, anorexie, anémie, diarrhée, otites à répétition, développement normal à l'entrée, s'adapte facilement.

— Prend 1.720 g en 2 mois 1/2, commence à marcher à 12 mois.

19. *Eliane G...* — 13 mois à l'entrée, encéphalopathie sévère par anoxie néo-natale intense, microcéphalie : P.C. 44 (N. 47).

— Fait un séjour de 4 mois où elle prend 800 g ; l'ensemble est désespérant.

20. *Brigitte C...* — 13 mois 1/2 à l'entrée, convalescente de coqueluche, développement somatique normal, retard psycho-moteur : ne se tient pas debout.

— Elle s'adapte facilement ; grossit de 1.120 g en 2 mois de séjour ; au départ, commence à marcher ; son développement psycho-moteur est bon. (Voir obs. Béatrice C..., sa sœur).

21. *Jean-François P...* — 15 mois à l'entrée, nervosisme et anorexie.

— Son adaptation est difficile : pleurs continuels dès qu'on le laisse seul ; n'a pris que 680 g pendant 3 mois ; il a mal supporté la pouponnière, perdait du poids à la suite de la visite des parents ; cris, colères, instabilité. C'est un enfant trop lié à sa mère qui venait pour troubles du comportement.

22. *Claude Ch...* — 15 mois à l'entrée, anorexie, hypotrophie (dernier de 8 enfants) ; son comportement est bizarre au lazaret ; il se met à hurler dès qu'on l'approche.

— Il prend 1.900 g en 4 mois, il a commencé à grossir et à s'adapter le 3^e mois ; le comportement psychique s'est amélioré, puis normalisé à partir du 3^e mois aussi.

23. *Youssef D...* — 16 mois à l'entrée, vient de l'hôpital, convalescent de troubles digestifs, hypotrophie (8 kg 500 au lieu de 10,500).

— S'est bien adapté au lazaret, mais n'a pas pris de poids pendant 10 jours, enfant timide aux réactions lentes.

— A pris 1.420 g en 4 mois de séjour ; au départ, l'enfant n'était plus timide, son développement psycho-moteur était bon.

24. *Agnès M...* — 17 mois à l'entrée ; anorexie depuis l'âge de un an, alors que ses 7 frères et sœurs eurent les oreillons et qu'elle-même n'en fut pas atteinte, cependant Agnès a un poids et une taille sensiblement normaux, elle s'adapte très bien au lazaret, elle mange bien et grossit de 560 g ; pendant les deux mois suivants, s'est très mal adaptée à la vie du groupe d'enfants de son âge, l'anorexie était très tenace, elle n'a cédé qu'au bout de 2 mois, après avoir fait passer Agnès dans un groupe d'enfants beaucoup plus petits qu'elle ; c'est une enfant intelligente et comédienne, tous les moyens étaient bons pour attirer l'attention sur elle ; elle a pris 2 kg en 5 mois de séjour.

25. *Yasmina R...* — 19 mois à l'entrée, hypotrophie ; rachitisme, enfant d'une fratrie de 8, placée en nourrice jusqu'à l'âge de 15 mois, s'est adaptée facilement ; son développement était normal.

— A pris 800 g en 3 mois, s'est très bien adaptée à la vie du groupe au départ, son développement psycho-moteur est très bon, mais le dernier mois, Yasmina s'ennuyait, elle n'a pas grossi.

26. *Dominique R...* — 22 mois à l'entrée, convalescente de coqueluche, bronchites à répétition (9 dans la fratrie).

— L'adaptation de Dominique a été très facile, enfant vivante et très éveillée qui joue bien ; elle a pris 1.080 g au lazaret et 1.400 en tout pendant les deux mois de son séjour.

27. *Farida D...* — 22 mois à l'entrée, convalescente de coqueluche ; l'enfant s'adapte bien, elle prend 1 kg en 3 mois. L'enfant joue bien, parle peu, mais conserve un léger retard psycho-moteur : enfant peu adaptée au réel.

28. *Rose-Corine P...* — 23 mois à l'entrée, convalescente de coqueluche et rougeole, hypotrophie, développement psycho-moteur normal, mais enfant longue à s'adapter ; au bout de 10 jours, contact social satisfaisant, pendant le séjour, très bon comportement ; prend 1.200 g en 3 mois.

29. *Marie-Hélène C...* — 24 mois, cause sociale pure, enfant normale tant au point de vue somatique que psycho-moteur.

— Elle s'adapte bien, prend 600 g au lazaret, puis les reperd le deuxième mois : elle s'ennuyait.

30. *Isabelle F...* — 27 mois, convalescente de coqueluche et rougeole, mais surtout très grosse hypotrophie, 9 kg 500 (N. 12,500).

— Au lazaret, elle n'a pas pris de poids pendant une semaine, mais s'est bien adaptée, elle fait un séjour de 6 mois, elle ne commence à s'adapter et à grossir que le 3^e mois ; l'enfant était assez « choquée » après la sortie du lazaret (enfant ayant fait de nombreux séjours hospitaliers) ; à la fin du séjour, grosse amélioration du comportement affectif et social, elle reste cependant assez retardée, mais le séjour en pouponnière était suffisant, car le dernier mois, Isabelle jouait moins et s'ennuyait ; elle n'a d'ailleurs pas grossi ce 6^e mois.

— En tout, elle a pris 1.800 g en 6 mois.

31. *Houria R...* — 27 mois à l'entrée, anorexie et nervosisme, poids et taille supérieurs à la normale ; Houria s'adapte bien, a un comportement très normal durant tout son séjour, l'anorexie s'améliore, les troubles du comportement aussi. Houria grossit de 1 kg 200 en 2 mois.

32. *Nadine C...* — 28 mois à l'entrée, hypotrophie, pâleur, anorexie, convalescente de diarrhée à III B4 (fratrie de 6, parents en instance de divorce) ; l'enfant s'adapte très bien à l'isolement : elle joue à la poupée et grossit de 1.040 g pendant 24 jours du lazaret, elle a ensuite un très bon comportement à la vie du groupe : elle est très sotte, s'amuse bien, a un comportement normal, très bons résultats, a pris 1 kg 900 en 3 mois.

33. *Christian M...* — 28 mois à l'entrée, nanisme génétique, microcéphalie : P.C. 37 (N. 49) ; reste 3 mois ; à 30 mois il pèse 9 kg et a un âge mental de 5 mois ; pronostic désespérant.

34. *Patrick L...* — 30 mois, otites, angines, anorexie, nervosisme. Son adaptation est facile ; il prend 1.500 g en 2 mois, mais reste hypotrophique. Cet enfant est timide et préfère rester seul.

35. *Bernard A...* — 30 mois, convalescent d'ostéoclasie bilatérale pour rachitisme déformant.

— Au lazaret son contact social est excellent, il fait un séjour de 2 mois sans histoire au point de vue physique (P. : 15 kg 500, N. : 13,500) ; séjour bénéfique au point de vue psychique.

36. *Richard Th...* — 31 mois à l'entrée, nervosisme et otites à répétition ; enfant long à s'adapter (10 jours) ; s'ennuie au lazaret. Prise de poids de 1 kg en 3 mois. Comportement normal dans le groupe.

37. *Béatrice C...* — 31 mois à l'entrée, convalescente de coqueluche ; anorexie, pâleur. Son développement est normal à l'entrée, son adaptation aisée ; en 2 mois prend 600 g, elle n'a rien pris le dernier mois ; elle s'ennuie, son comportement est normal (sœur de Brigitte C...).

35. *Michel C...* — 32 mois à l'entrée, convalescent d'énucléation pour tumeur oculaire (bénigne) ; à l'entrée, développement normal, adaptation normale, pleure pendant 48 heures, puis de nouveau la dernière semaine du lazaret ; par la suite, très bonne adaptation, enfant très éveillé et intelligent, affectueux et bon camarade ; a pris 1.360 g en 4 mois.

39. *Corinne B...* — 33 mois à l'entrée, retard staturo-pondéral, 11 kg 300 et 83 cm au lieu de 13,500 et 92 ; anorexie ; a subi 5 hospitalisations antérieures ; s'adapte bien, prend 1 kg 200 en 2 mois ; son développement est normal, mais l'enfant reste très nerveuse.

40. *Patrick S...* — 34 mois à l'entrée, hypotrophie (7 enfants dans la fratrie) ; enfant intelligent qui s'adapte bien, mais ses réactions sont inhibées par sa timidité ; prend 440 g en 2 mois ; son développement est normal, mais l'enfant parle peu pour son âge.

II. — A LA POUPONNIERE GERMAINE-RICHER.

1. *Bernard V...* — 3 semaines à l'entrée, bec-de-lièvre bilatéral avec fissure palatine ; reste 12 mois : à 1 an il a un poids et une taille sub-normale, 9 kg 100 et 70 cm. Il a un développement psycho-moteur un peu retardé (voir obs. plus détaillée).

2. *Nasserdine S...* — 1 mois, vient de l'hôpital, convalescent de pneumopathie sévère ; fait un séjour de 4 mois ; au départ, poids et taille normaux, très bon état général, aucun incident de séjour.

3. *Laurence P...* — 1 mois à l'entrée, vient de l'hôpital où elle a été opérée à la naissance d'un volumineux omphalocèle ; est restée 17 mois à la pouponnière (voir son obs. détaillée au chapitre suivant).

4. *Jean-Pierre R...* — 1 mois 1/2 à l'entrée, bec-de-lièvre total avec fissure palatine ; fait un séjour de 17 mois (voir son obs. détaillée).

5. *Isabelle C...* — 1 mois 1/2 à l'entrée, souffrance néo-natale avec réanimation supérieure à 5', reste 3 mois à la pouponnière ; prend 2 kg 200 ; aucun incident de séjour, très bon état général, tient sa tête, sourit, est éveillée, mais l'hypertonie persiste encore ; la marche automatique existe toujours ; comportement évoluant vers la normale.

6. *Stéphane R...* — 1 mois 1/2, ex-prématuré débile (P.N. 2 kg 200 à 7 mois 1/2) mesure 48 cm ; a une anémie importante ; il prend 3 kg 600 en 4 mois ; à 4 mois il tient sa tête, sourit ; à 5 mois 1/2 se tient assis sans soutien, comportement normal, a presque rattrapé son retard somatique.

7. *Charles P...* — 1 mois 1/2, 1^{er} jumeau, prématuré débile (P.N. : 2 kg à 8 mois) (accouchement provoqué à cause d'une H.T.A. importante et d'albumine chez la mère) ; mesure 50 cm à 3 mois ; il fait un excellent séjour de 5 mois ; il part en bon état, se tient bien assis avec appui.

— Par la suite, il fait un nouveau séjour à 14 mois, il a toujours un léger retard staturo-pondéral, mais il marche main tenue.

8. *Roselyne P...* — 1 mois 1/2, sa jumelle (P.N. 1 kg 600) ; à l'entrée : 2 kg 300 ; mesure 46 cm à 3 mois ; fait un séjour de 10 mois ; elle part ensuite à Giens.

— A 11 mois 1/2, P. et T. de 6 mois ; le développement a été retardé mais toujours croissant : à 6 mois, tient sa tête ; à 9 mois, se tient assise avec soutien ; à 11 mois la coordination oculo-manuelle est réalisée ; elle est de plus atteinte de rachitisme congénital : périostite, ostéomalacie.

9. *Cécile F...* — 2 mois 1/2, pleurésie purulente, ne reste que 5 jours, elle est renvoyée à l'hôpital pour vomissements et aspect syncopal. (Aurait par la suite été rendue à sa famille avec le diagnostic de muco-viscidose).

10. *Calogéro N...* — 2 mois 1/2, prématuré débile, né par césarienne et réanimé 20 minutes ; vient de l'hôpital avec des œdèmes importants et sclérème.

— Il fait un séjour de 8 mois ; il prend 4 kg 800, a un poids normal au départ ; à 6 mois, tient sa tête, éveillé, souriant, doit rattraper 3 mois d'âge mental ; à 10 mois, bon contact social, sourit, mange bien, coordination oculo-manuelle +, encore maladroit, ne se tient pas assis seul, retard persistant, mais gros débile.

11. *Bernard Ch...* — 2 mois 1/2, convalescent d'intervention abdominale au 11^e jour pour occlusion ; reste 8 mois ; à 6 mois il subit une deuxième intervention pour une récurrence. Au départ, enfant souriant, donne bonne impression, mange bien, se tient assis et debout, supporte son poids ; il devrait se développer normalement.

— Second séjour à 18 mois pour rachitisme floride : développement normal.

12. *Maryline Ch...* — 4 mois 1/2, gliome rétinien, généralisé au cerveau, état de décérébration, hydrocéphalie (P.C. 58) ; elle reste 2 mois ; est renvoyée à l'hôpital pour signes d'hypertension intracrânienne ; est décédée 3 semaines après.

13. *Françoise V...* — 5 mois à l'entrée, grosse prématurée débile (P.N. : 1.540 g) ; fait un séjour de 3 mois ; à 6 mois, tient sa tête, sourit, passive (= 3 mois) ; au départ, retard psycho-moteur persistant, mais amélioration (persistance d'une hypertonie) ; pèse au départ 7 kg 540 et mesure 65 cm (normale : 8 kg 200 et 70) ; a pris 2 kg 620 en 4 mois.

14. *Gilles.* — 5 mois, faciès particulier : grosse tête ronde, hypertélisme, bouche ouverte et grosse langue ; le bilan pour suspicion de myxoédème a été négatif ; enfant très gros et mou, présentant un retard psycho-moteur certain ; il a pris 5.570 g en 8 mois.

— A 9 mois, l'enfant ne cherche pas à s'asseoir, cependant à la pouponnière il fait des progrès, puisque, à 11 mois, il se tient debout avec appui ; c'est un enfant difficile et lunatique ; au départ, son comportement est en amélioration.

15. *Evelyn N...* — 7 mois à l'entrée, ex-prématurée débile (P.N. : 2 kg 400) ; née cyanosée après césarienne, réanimée ; actuellement, retard staturo-pondéral : 5 kg 600, T. 59 (N. 7,500 et 67,5).

— Fait un séjour de 3 mois ; elle prend 2 kg 140 et 4 cm ; son développement psycho-moteur, un peu retardé à l'entrée, est très bon au départ ; enfant gracieuse, commence à syllaber, se tient debout, appuyée (chez elle, vit dans un grenier avec 8 personnes).

16. *Emilia M...* — 7 mois 1/2 à l'entrée, très gros rachitisme, vient de l'hôpital : fractures multiples, sévices parentaux. Aspect minable, enfant triste, immobile dans son lit. A du mal à s'adapter ; ne commence à grossir qu'à la fin du 2^e mois ; à 12 mois, c'est une enfant molle et grosse : elle ne se tient pas assise seule. A 14 mois, elle se tient assise sans soutien ; prend 5 kg 800 en 7 mois de séjour ; au départ son comportement psycho-moteur s'améliore.

17. *Mohammed G...* — 8 mois à l'entrée, vient de l'hôpital : hypotrophie, otites, diarrhée, rachitisme très important, a été nourri complètement par sa mère jusqu'à 7 mois 1/2 ; en 5 mois prend 3 kg ; il part avec un bon état général et un développement normal ; ce dernier a toujours été normal.

18. *Nourredine B...* — 8 mois 1/2, vient de l'hôpital après un long séjour pour rectocolite hémorragique pour laquelle il a même subi une laparotomie exploratrice. A 1 an l'enfant marchait dans son parc, il jouait bien, son développement était bon, malheureusement il est décédé à 12 mois 1/2 d'une épidémie virale après laryngite sous-glottique (il avait pris 2 kg 200 en 4 mois).

19. *Jean-Louis F...* — 8 mois 1/2, convalescent de déshydratation, hypotrophie importante par erreur diététique (sous-alimentation) ; sa mère a 30 ans, est épileptique. Il fait un long séjour de 12 mois à la pouponnière.

— A 1 an, se tient debout avec appui ; enfant retardé mais intelligent ; doit prendre du poids pour rattraper son retard.

— A 15 mois, marche, enfant docile.

— A 21 mois, le comportement de l'enfant est retardé dans son contact avec les adultes ; l'enfant est timide, peureux, ne dit rien ; il a été traumatisé affectivement par une mauvaise relation avec sa mère.

20. *Khébach M...* — 9 mois à l'entrée, convalescent de diarrhée sanglante d'étiologie inconnue et pour laquelle une laparotomie exploratrice a été faite ; s'adapte difficilement au lazaret, malgré de 300 g le 12^e jour ; reste 4 mois ; se tient debout à 1 an ; il est capricieux ; au départ, à 13 mois, son comportement s'est amélioré et son développement psycho-moteur est normal, il a pris 2 kg 100 et 6 cm.

21. *Elizabeth M...* — 9 mois à l'entrée, vient de l'hôpital, grosse anémie ayant nécessité plusieurs transfusions ; enfant débile : 2.200 g à terme, s'adapte lentement au lazaret, puis ensuite à son nouveau box.

— Fait un séjour de 8 mois ; à 15 mois, elle se tient debout, appuyée ; elle mange bien, le contact social est bon, mais enfant assez retardée (= 10 mois) ; à 17 mois, marche soutenue, très améliorée, son comportement est normal.

22. *Malika B...* — 10 mois à l'entrée, grosse hypotrophie, 6 kg (N. 8 kg 500) ; anorexie, rachitisme (3 autres enfants dans la fratrie : 4 ans, 3 ans, 2 ans) ; s'est adaptée lentement au lazaret, a eu 4 changements de box au cours de 9 mois de séjour : a eu du mal à s'adapter, et chaque fois est restée 10 jours sans prendre de poids ; a pris 4 kg en 9 mois ; elle conserve un retard psycho-moteur assez important, cependant, à 18 mois, elle marche, main tenue ; elle joue bien.

23. *Lydia*. — 10 mois 1/2, demi-sœur de Bachir, 22 mois ; vient de l'hôpital, convalescente de fractures multiples (sévices de sa nourrice) : fracture spiroïde du fémur G. et fracture du radius ; a eu une déshydratation aiguë à l'hôpital. A l'entrée, aspect minable, 7 kg à 1 an, après l'ablation du plâtre. S'adapte bien au lazaret, bien qu'elle soit immobilisée par ses plâtres, en partie grâce à Bachir, plein d'attentions pour elle ; elle prend 3 kg en 3 mois ; elle change peu à peu complètement d'aspect, se tient debout, puis commence à marcher et surtout elle s'intéresse bien au jeu, elle est gaie et mange bien.

24. *Thierry D...* — 11 mois 1/2, hypotrophie (7 kg 500 à un an ; fratrie de 6 enfants dont la mère a 29 ans). Thierry s'adapte bien au lazaret, il prend 1 kg 200 en 2 mois, parallèlement son développement psycho-moteur progresse et depuis l'entrée, séjour bénéfique.

25. *Zahya F...* — 11 mois 1/2, convalescente de diarrhée, hypotrophie importante (6 kg 200) ; s'adapte lentement au lazaret (13 jours), mais normalement sans troubles affectifs ; elle part en bon état, ayant pris 2 kg 400 en 3 mois.

26. *Rose R...* — 12 mois à l'entrée, malformations congénitales : brides amniotiques aux deux mollets et à la main G. ; cause d'entrée : hypotrophie importante : 7 kg 330 (N. : 9,200) ; pleure un peu les deux premiers jours, s'adapte bien, se tient debout, ne marche pas ; à 14 mois, marche main tenue ; enfant facile, souriante, mais un peu capricieuse (enfant unique et gâtée) ; séjour de 3 mois, bénéfique et sans histoire.

27. *Bruno D...* — 12 mois à l'entrée, convalescent d'ostéomyélite de l'extrémité supérieure du tibia gauche, arthrite du genou.

— Bel enfant de taille et poids bien supérieurs à la normale, a mis 10 jours à s'adapter (a perdu 400 g le 7^e jour) ; a fait un séjour de 2 mois ou il a pris 900 g. Il part à Giens ; son comportement a toujours été normal.

28. *Jean-Noël E...* — 12 mois, vient de l'hôpital où il a fait plusieurs séjours pour hypotrophie, puis diarrhée, enfin otite, 7 kg 400 (N. 9,200). L'enfant s'adapte bien, très gros retard : à l'entrée, se tient à peine assis, agitation désordonnée ; à 14 mois, se tient debout avec appui, jette encore les objets ; au départ, 16 mois, après 4 mois de séjour, son comportement peut être considéré comme strictement normal, il a grossi de 1 kg 600.

29. *Michel M...* — 12 mois, encéphalopathe, microcéphale, P.C. : 39 (N. 47) ; il prend 1 kg 160 en 6 mois et pèse 6 kg 800 à 18 mois ; c'est un grand débile avec gros retard.

30. *Pascal M...* — 12 mois à l'entrée, convalescent de coqueluche (deux déshydratations sévères à 5 mois et à 9 mois) ; bel enfant normal, qui s'adapte bien, fait un séjour de 3 mois, prend 1 kg ; il a un poids supérieur à la normale, il marche seul.

31. *Charles M...* — 14 mois, 1^{er} enfant, anorexie psychogène par suite de l'attitude de la mère, vient de l'hôpital ; c'est un enfant éveillé, intelligent, de poids et taille supérieurs à la normale, 10 kg 200, 77 (9 kg, 76) ; s'adapte lentement, perd 600 g le 12^e jour ; il fait ensuite un bon séjour de 3 mois avec une prise de 920 g et une amélioration de l'anorexie.

32. *Pascal C...* — 15 mois à l'entrée, jumeau né à 7 mois avec un P.N. 1,940 (l'autre jumeau est décédé à un jour) ; la mère a eu une anémie très importante pendant la grossesse (I.M. 300.000 G.R.). Pascal entre avec une très grosse anémie, très pâle, couvert d'ecchymoses, avec une très grosse rate, enfant triste ; les examens éliminent l'hémopathie suspectée devant l'intensité de l'anémie ; on lui fait une transfusion à l'hôpital, l'enfant revient transfiguré, il grossit bien : 1 kg 600 en 3 mois.

— Il fait un séjour de 5 mois, son développement est normal, il change deux fois de box durant son séjour et a de la difficulté à s'adapter chaque fois ; Pascal s'amuse bien, devient gai et gracieux, mais les 2 derniers mois, il s'ennuie et ne grossit plus.

33. *Slémame A...* — 15 mois ; depuis l'âge de 4 mois, très grand eczémateux, rachitisme important (son père a 61 ans et sa mère 30, fratrie de 9) ; n'est pas hypotrophique ; à l'entrée, important retard, avec tic incessant de balancement, enfant malheureux, mais attaché (à cause du prurit) ; s'adapte mal, mauvais contact, perd du poids (500 g).

— A 18 mois, se tient debout, appuyé ; à 22 mois, marche seul, s'amuse un peu, syllabe ; enfant capricieux, un peu caractériel, pleure facilement ; le développement progresse lentement en dehors des poussées d'eczéma, il ne paraît pas sot, mais non épanoui ; il fait un séjour de 8 mois et prend 2 kg, son développement somatique est normal.

34. *Philippe Ch...* — 15 mois 1/2 ; à l'entrée, gros rachitisme : ne se tient pas debout, enfant gros et mou, s'adapte bien. Fait un séjour de 7 mois ; il grossit de 3 kg 800, il pèse 14 kg 300 à 22 mois (N. 11,200), pour une taille normale ; au départ, marche, main tenue ; le comportement est normal, mais l'enfant est très retardé sur le plan moteur, c'est un enfant lent et craintif.

35. *Chrisian L...* — 15 mois 1/2 à l'entrée, hypotrophie, rachitisme (mère seule enfant en nourrice, semble victime de soins fantaisistes), 8 kg 600, T. 72 (9,800, T. 77) ; s'adapte bien, se tient debout, mais ne marche pas à l'entrée ; à 19 mois, marche seul (n'a que 4 dents) ; a pris 1.360 g en 3 mois 1/2 (voir Jean-François, 27 mois, son frère).

36. *Eric J...* — 15 mois 1/2, rachitisme, hypotonie ; il marche.
— Il s'adapte bien, fait un séjour normal de 4 mois, où il prend 1 kg 640 ; son comportement est normal.

37. *Pascal R...* — 16 mois à l'entrée, encéphalopathie, microcéphalie (P.C. 42, N. 47), tic de balancement ; grosse hypotrophie : 7 kg 500 (N. 9,800) ; retard psycho-moteur désespérant et considérable ; à 18 mois se tient debout, à 22 mois ne marche pas, ne dit rien ; enfant très instable, geste stéréotypes ; comportement très inadapté : 9 mois d'âge mental, et encore !

38. *Abdelkader M...* — 16 mois 1/2, à l'entrée, convalescent de pneumopathie, hospitalisé trois fois antérieurement pour pneumopathie (mère 23 ans : 7 enfants) ; l'enfant s'adapte bien, à 17 mois, marche seul, ne parle pas ; à 19 mois, comportement normal ; à son départ, il a 21 mois, il est batailleur et instable, il prend 1.620 g en 5 mois.

39. *Jean-Marc G...* — 16 mois 1/2, à l'entrée, convalescent de coqueluche ; rhinopharyngites à répétition, mais surtout raison sociale ; enfant bien portant, normal, il s'adapte difficilement en 10 jours (il maigrit de 500 g) ; il ne reste qu'un mois et son séjour n'a pu que lui être néfaste au point de vue psychique.

40. *Dolorès F...* — 16 mois 1/2, anorexie, hypotrophie, convalescente de primo-infection tuberculeuse, P. 7 kg 500 (N. 10,300), T. 75 (N. 78) ; à 17 mois, enfant s'étant vite adaptée, marche seule, vive, éveillée, gaie, de développement normal, elle reste 3 mois, elle prend 1 kg, son développement est toujours normal ; à la sortie, son appétit reste capricieux, elle garde un gros retard pondéral.

41. *Fatima B...* — 16 mois 1/2, à l'entrée, hypotrophie, surtout raison familiale (5 enfants, mère 23 ans) ; elle marche, elle est hypotonique, à gros ventre. Elle s'adapte en une semaine ; prend 1 kg en 3 mois ; à la sortie, son comportement est normal et son poids aussi.

(Fatima fait un 2^e séjour à 29 mois ; elle n'a grossi que de 600 g en 9 mois).

42. *Lina D...* — A l'entrée, 19 mois, anorexie (mère très nerveuse, dépression pendant la grossesse), cependant, poids et taille sensiblement normaux. Lina s'adapte bien, s'entend très bien avec un camarade de box plus grand (Didier, 31 mois), mais s'adapte mal à la sortie du lazaret, où elle est dans un box différent de Didier et elle réclame celui-ci ; c'est une enfant craintive, mais bavarde et intelligente ; elle reste 3 mois ; son développement reste normal, son appétit un peu capricieux ; prend 800 g en 3 mois, mais a un poids normal.

43. *Corinne P...* — 19 mois à l'entrée, hypotonie, hypotrophie, rachitisme ; s'est bien adaptée, mais a été reprise par sa mère au bout de 1 mois 1/2 : séjour trop court pour être bénéfique ; a pris 800 g.

44. *Philippe F...* — 19 mois à l'entrée, enfant opéré à 2 jours d'une imperforation anale haute : colostomie, puis néphro-urectomie G. ; est depuis 20 mois à la pouponnière (voir son obs. détaillée au chapitre suivant).

45. *Nasser L...* — 20 mois 1/2, à l'entrée, rachitisme et hypotrophie (fratrie de 7) ; il s'est bien adapté, a grossi de 1 kg 760 en 3 mois ; à la sortie, son poids est normal, son rachitisme guéri, son développement psychique et affectif a toujours été normal ; c'est un enfant drôle, sociable et affectueux.

46. *Isabelle G...* — 21 mois à l'entrée, hypotrophie, rachitisme, insomnie (fratrie 8) ; 9 kg au lieu de 11 kg 500 pour une taille presque normale ; Isabelle s'adapte très bien ; elle prend 1.110 g en 4 mois ; pendant son séjour, furoncle du sillon naso-génien avec température à 41° ; envoi à l'hôpital et perte de poids de 700 g ; Isabelle a un comportement normal, elle est très bavarde et sociable.

47. *Sylvie G...* — 21 mois à l'entrée, cause sociale, très mauvaise adaptation, séjour de 6 mois, profitable à partir du 4° mois seulement (voir obs. détaillée).

48. *Frédérique P...* — 21 mois 1/2, hypotrophie, 10 kg au lieu de 11,500, pour une taille supérieure à la normale, 85 au lieu de 83 ; bonne adaptation, prend 2 kg 400 en 4 mois ; a rattrapé son retard pondéral, développement psycho-moteur normal, mais enfant peu adaptée à la vie du groupe (c'est une première enfant d'une mère de 20 ans).

49. *Suzanne L...* — 22 mois à l'entrée, convalescente d'ostéoclasie bilatérale pour rachitisme déformant. S'adapte bien, fait un séjour de 2 mois 1/2 où elle grossit de 1 kg ; elle part pour Giens, pesant 14 kg 200 (N. 12), son développement est normal, mais l'enfant s'ennuie : elle reste couchée, plâtrée.

50. *Bachir G...* — Vient de l'hôpital, convalescent de traumatisme crâniens (sévices de sa nourrice ; demi-frère de Lydia). Gros rachitisme floride ; s'adapte bien, prend soin de sa sœur, fait un séjour bénéfique ; c'est un enfant intelligent, gai, très joueur et bon camarade, mais têtu ; il parle bien, son développement est et reste normal, il grossit de 2 kg 610 en 3 mois. Part en très bon état, pesant 13 kg 600 (N. 12 kg) pour une taille normale de 84 cm.

51. *Evelyne V...* — 22 mois 1/2 à l'entrée, enfant très hypotrophique, 9 kg 300 au lieu de 11 kg 700 ; a déjà fait un séjour en pouponnière et un à l'hôpital pour un accident de déshydratation ; a été placée à la cité de l'enfance ; s'adapte lentement (10 jours) mais normalement ; grossit de 1 kg 160 en 3 mois. Au départ, enfant éveillée, vive, capricieuse, parle un peu, mange mieux ; séjour profitable, mais reste hypotrophique.

52. *Hubert S...* — 23 mois, convalescent d'ostéoclasie pour rachitisme dystrophique ; s'adapte bien, fait un bon séjour de 2 mois 1/2, prend 1 kg 300 ; bonne adaptation sociale, parle un peu, mais troubles du comportement, enfant agressif : mord ses camarades.

53. *Christian Ch...* — 24 mois à l'entrée, enfant hospitalisé 2 fois pour hypotrophie ; il s'adapte très bien au début ; à 25 mois, enfant facile, court, fait des acrobaties, actif, joyeux vivant, bon contact social ; puis apparition de troubles caractériels, à 26 mois ; très instable, perturbateur, exigeant, parle sans arrêt ; le développement psychomoteur est satisfaisant, mais l'enfant a besoin d'un cadre de vie plus calme ; à 27 mois, enfant pénible, ne peut se fixer, intelligent ; a pris 1 kg 400 en 3 mois, mais apparition de troubles caractériels.

54. *Djamel B...* — 24 mois à l'entrée, pâleur et rachitisme, urticaire infecté (fratrie de 6) ; s'est vite adapté, a fait un séjour sans histoire de 3 mois, a pris 2 kg, poids supérieur à la normale, bon comportement.

55. *Yasmina E...* — 24 mois à l'entrée, vient de l'hôpital, convalescente de diarrhée (fratrie de 10), cardiopathie congénitale bien compensée : maladie de Rogers, légère hypotrophie. Yasmina s'adapte bien, elle fait un séjour de 3 mois 1/2 au cours duquel son développement a été normal (malgré plusieurs séjours à l'hôpital) ; elle prend 1 kg 760 et 5 cm.

56. *Isabelle S...* — 24 mois 1/2, placement social (mère, 21 ans, passe un examen !) ; enfant normale qui s'est heureusement bien adaptée, reste 3 semaines, refait un autre séjour un an après pour la même raison...

57. *Sylvie L...* — 26 mois à l'entrée, très gros retard staturo-pondéral : 8 kg 500 et 78 (au lieu de 12,500 et 87) ; mère : 30 ans et 8 enfants, très mauvais logement ; s'adapte bien, reste 6 mois (voir obs. détaillée) ; séjour très satisfaisant et profitable au point de vue mental.

58. *Zoubida D...* — 27 mois à l'entrée, vient de Paris, raison sociale ? poids et taille normaux, enfant normale, adaptation lente (10 jours) ; prend 1 kg 140 en 2 mois ; séjour sans histoire.

59. *Jean-François L...* — 27 mois, manque de soins chez lui, est resté 3 mois 1/2, s'est bien adapté, mais a eu de la difficulté par la suite à un changement de box ; a pris 1 kg 300.

60. *Marie-Paule Cl...* — 28 mois à l'entrée, convalescente de réduction de luxation congénitale de la hanche, ne reste que 20 jours, car récédive et envoi à l'hôpital.

61. *Jamel M...* — 28 mois, séquelles de poliomyélite localisée au membre inférieur gauche avec raccourcissement important.

— Très bel enfant à comportement excellent, s'adaptant bien, il prend 2 kg en 5 mois de séjour ; bon état mental durant tout le séjour sans aucun trouble caractériel, parle bien, enfant intéressant.

62. *Marie-Alice C...* — 28 mois 1/2 à l'entrée, convalescente de glomérulo-néphrite aiguë ; très bonne adaptation, mais au début l'enfant s'ennuie un peu, car elle doit rester encore immobile. A l'entrée, il s'agit d'une enfant intelligente, intimidée devant les tests, un peu retardée au départ ; 3 mois après, son développement s'est entièrement normalisé, elle a en outre grossi de 1 kg 360 en 3 mois, poids et taille supérieurs à la normale.

63. *Pierre A...* — 29 mois 1/2, crises hépatiques et intestinales par erreurs diététiques, vomissements acétonémiques (père, débile mental, mère, 20 ans, très nerveuse) ; très bel enfant 15 kg 800, T. 97 (N. 13, T. 90).

— L'enfant s'est comporté normalement, a pris 900 g en 1 mois 1/2, a été conduit à l'hôpital pour débris de verre dans la main, il a été repris par sa mère à l'hôpital.

64. *Ramdane B...* — 31 mois 1/2, vient pour subir le B.C.G. (sa mère étant tuberculeuse) ; très bel enfant de développement et comportement normaux, joue bien, très bon camarade, a pris 1 kg 900 en 4 mois ; il pèse 16 kg 200 à 36 mois pour une taille de 95 (N. 14 et 94).

65. *Didier S...* — 31 mois 1/2 à l'entrée, cause sociale (mère 21 ans, attend son 2^e enfant). Didier a été hospitalisé à 3 mois pour hernie, puis mis en pouponnière jusqu'à 6 mois ; actuellement convalescent de coqueluche. Très bel enfant de développement tant mental que somatique supérieurs à la normale, s'adapte bien, séjour de 2 mois, prise de 2 kg à 33 mois. P. 16 kg 520, T. 98 (normale : 19,500, T. 92).

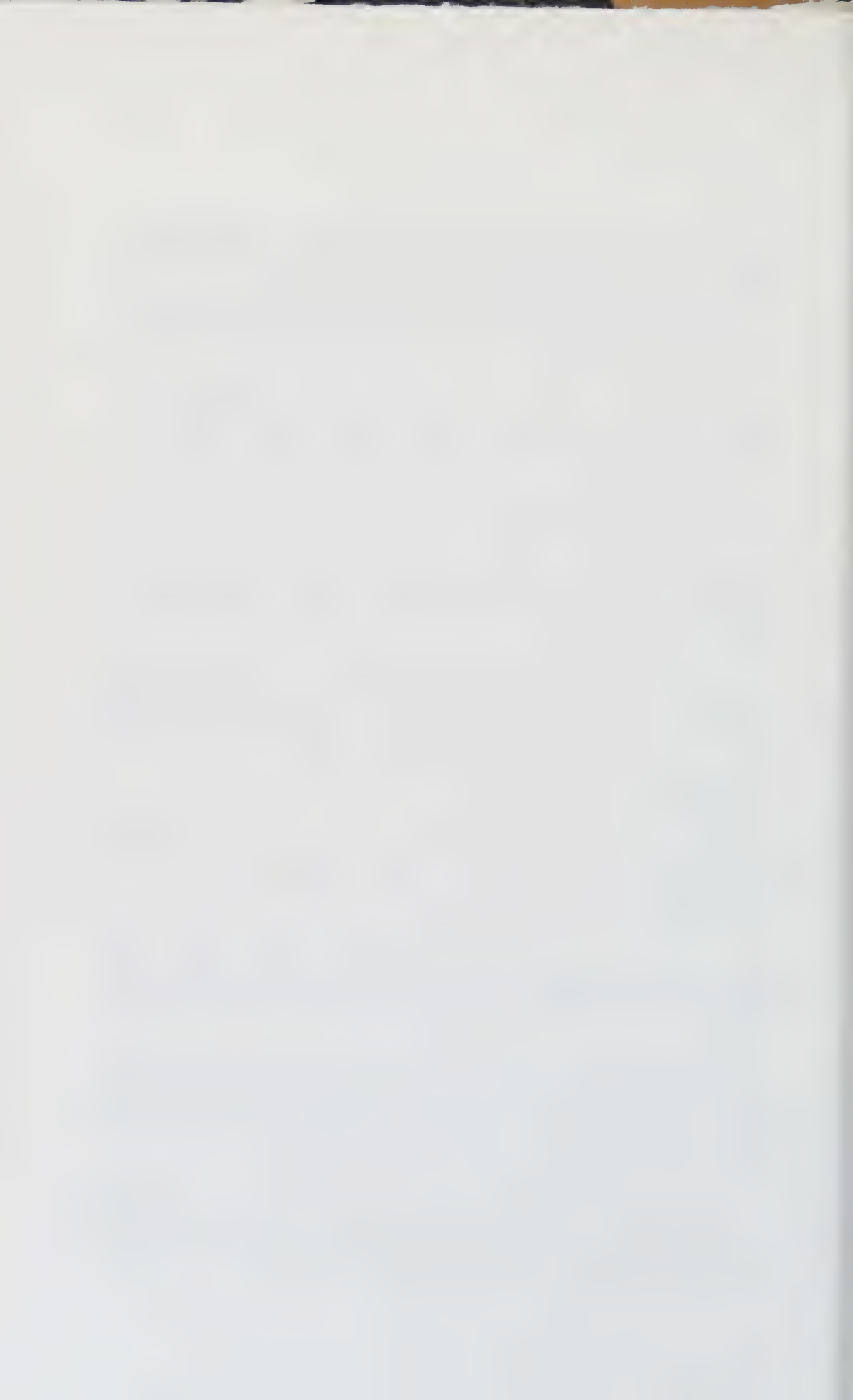
(Voir obs. détaillée).

66. *Monique G...* — 32 mois, placement social : mère hospitalisée. Enfant normale, petit rachitisme ; s'adapte lentement, perd 600 g le 5^e jour, maigrit aussi le dernier mois de son séjour de 3 mois ; l'enfant est normale, mais grande et s'ennuie.

67. *Paul L...* — 33 mois, cause sociale (mère enceinte) ; léger rachitisme ; c'est un bel enfant normal, il ne s'est pas du tout adapté durant tout son séjour, c'est le seul sur 110 à ne pas s'être adapté du tout ; son séjour lui a été très néfaste (voir obs. détaillée).

68. *Muriel P...* — 33 mois, convalescente de coqueluche, hypotrophie (12 kg au lieu de 13,5) ; (père : malade mental en maison de santé ; mère : éthylique) ; s'adapte au bout d'une semaine sans troubles particuliers ; reste 2 mois, ne prend que 300 g ; son comportement n'a pas été modifié par la pouponnière ; sujet très intéressant, mais un peu capricieuse, parle un peu.

69. *Patrick L...* — 34 mois 1/2, nervosisme excessif et spasmophilie, cauchemars nocturnes, spasme du sanglot, développement somatique normal ; en 1 mois 1/2 de séjour, prend 1 kg ; il s'adapte très bien, dort bien, est moins nerveux, mais reste capricieux.



CINQUIEME PARTIE

OBSERVATIONS DES 27 ENFANTS AYANT FAIT UN LONG SEJOUR

Par ces 27 observations d'enfants ayant fait un long séjour, toujours supérieur à 1 an, parfois très long et jusqu'à 3 ans, il nous est plus facile de suivre l'évolution psycho-affective, que par les 110 observations précédentes où l'enfant est resté trop peu de mois et où on a pu surtout vérifier son adaptation.

Dans une première partie, nous verrons les 6 observations détaillées des enfants que nous avons pu suivre durant tout leur séjour et qui sont entrés entre septembre et décembre 1963, et donc font partie de nos 110 enfants vus individuellement.

Dans une seconde partie, nous verrons 21 observations d'enfants ayant dans tous les cas fait un long séjour et présents à la pouponnière en septembre 1963, observations nous ayant paru intéressantes pour démontrer que la pouponnière représente un milieu valable pour l'enfant, lui permettant de réaliser son plein épanouissement tant somatique que psycho-moteur, affectif et intellectuel, ceci en fonction de la maladie causale, de l'âge à l'entrée de l'enfant et de divers autres facteurs.

— Si l'enfant entre à la naissance et qu'il atteint à 3 ans un développement normal, cela prouve que les liens affectifs noués avec sa puéricultrice ont été assez forts pour suppléer et remplacer l'absence de la mère, et donc ceci suppose que les puéricultrices ont elles-mêmes un amour suffisant de l'enfant dont elles s'occupent et une connaissance précise de la psychologie de l'enfant.

— Si l'enfant entre normal à un âge où il a déjà appris à apprécier et à aimer le visage de sa mère et s'il continue à se développer normalement, cela prouve qu'il a facilement pu substituer le visage de la puéricultrice à celui de sa mère et qu'il trouve à la pouponnière des centres d'intérêt suffisants pour lui permettre de se développer intellectuellement (rôle important des jeux).

— Si l'enfant entre à la pouponnière plus grand avec un handicap psychique certain, soit congénital, soit secondaire à une maladie, le rôle de la pouponnière n'est pas, bien sûr, d'accomplir des miracles, mais d'essayer de tirer le maximum de l'enfant en le stimulant et en l'aimant, ceci dans le but de pouvoir l'intégrer plus tard dans une cellule familiale et dans la société sans qu'il devienne une charge trop importante.

— Enfin, si la maladie dont souffre l'enfant a un pronostic fatal, il est intéressant de pouvoir lui donner une vie aussi proche que possible de la normale en l'intégrant dans un groupe d'enfants du même âge et en lui donnant le plaisir de faire des acquisitions en apport avec ses possibilités physiques.

Nous pensons ici à *Christiane*, atteinte d'un gliome à marche lente dont le développement psycho-moteur normal à 18 mois s'est dégradé lentement et qui, à 3 ans, ne marche presque plus, mais qui a toujours eu l'affection d'une puéricultrice à qui elle s'était attachée, ce qui a évité dans ses derniers mois qu'une souffrance affective ne s'ajoute à la souffrance physique. Par un « maternage » de chaque instant le rôle des puéricultrices est admirable et irremplaçable : essayer de faire ignorer à l'enfant son état, lui permettre de passer les derniers mois de la façon la moins désagréable pour eux, tout en les suivant du point de vue médical et en atténuant leurs souffrances.

OBSERVATIONS DETAILLEES DES 6 ENFANTS ENTRES ENTRE SEPTEMBRE ET DECEMBRE 1963

Nous n'avons pas choisi ces observations parmi les plus intéressantes, mais elles nous ont été imposées, car faisant partie des 110 enfants de notre étude.

Parmi ces 6 enfants, 2 ont actuellement un développement psycho-moteur et affectif très proche de la normale. Tous les deux sont entrés très petits à la pouponnière, le premier a eu son développement arrêté pendant plusieurs mois par la maladie, puis il a rattrapé son retard et a continué de progresser. Le deuxième s'est toujours développé d'une façon un peu lente, mais progressive.

PASCAL S... — Est né le 14-5-63, pesait 2,900 kg, atteint de cardiopathie congénitale dont le diagnostic précis est : sténose infundibulaire serrée. Petite C.I.V. Petite insuffisance tricuspéidienne.

Il entre à la pouponnière à 1 mois, pesant 3,200 kg.

Puis son développement progresse : à 4 mois il pèse 5 kg ; tient sa tête, sourit. A 7 mois l'enfant se tient assis avec soutien, très éveillé, coordination oculo-manuelle acquise, fait des progrès constants. A 9 mois se tient assis seul, commence à supporter son poids, dit quelques syllabes.

De 9 mois 1/2 à 13 mois, subit deux hospitalisations pour défaillance cardiaque ; l'enfant est très cyanosé et son pronostic vital est en jeu. A 12 mois il pèse le même poids qu'à 9 mois, 5,900 kg.

A 13 mois l'enfant a régressé, il ne peut se tenir debout, l'état est inquiétant.

A partir de 15 mois sa courbe de poids s'améliore, son développement redémarre lentement.

A 17 mois, il se tient debout, fait des progrès constants et importants ; depuis 1 mois, il syllabe.

Actuellement il a 18 mois, il marche main tenue. A un développement presque normal, parallèlement avec son état de santé, il a pris 1 kg en trois mois et son appétit est revenu avec l'arrivée dans son box d'une petite fille plus grande que lui, qu'il admirait et qu'il cherchait toujours pour s'amuser, en dehors de la présence de qui il ne voulait pas manger.

LAURENCE P... — A été opérée à la naissance, atteinte d'un important omphalocèle, elle a présenté dans les suites opératoires une pneumopathie sévère.

Elle entre à 1 mois 1/2, ayant le même poids qu'à la naissance, 3,300 kg.

A 6 mois elle se tient assise, elle fait des progrès constants.

A 9 mois elle est hospitalisée pour vomissements importants, elle passe 1 mois à l'hôpital et maigrit.

A 1 an, reste très hypotrophique, 7,500 kg, mais petite taille, 69 cm. Elle se tient debout appuyée, c'est une enfant souriante, gracieuse, active, éveillée et attachante, exclusive et jalouse, elle dit quelques mots.

A 15 mois elle marche, joue bien, syllabe, son développement est sensiblement normal.

Elle quitte la pouponnière à 18 mois avec un développement normal.

Trois enfants conservent un retard, mais avec eux ont été obtenus des résultats intéressants.

PATRICIA B... — Atteinte de spina bifida aperta.

Elle est opérée à 1 mois, puis à 7 mois, avec mise en place d'une valve de Holter pour enrayer l'évolution de son hydrocéphalie.

Elle entre à la pouponnière à 9 mois, paraplégique et incontinente ; le psychologue juge alors que son développement psychomoteur est peu touché.

Elle continue de progresser d'une façon constante ; à 11 mois elle se tient assise seule, est très sociable, son éveil psychique est certain.

A 21 mois les progrès deviennent un peu stagnants, car l'enfant a, du fait de sa maladie, une grosse maladresse motrice.

A 24 mois l'enfant dit quelques mots, s'amuse bien, le psychologue lui donne 15 mois (à part la marche).

A 26 mois, à la veille des fêtes de Noël, elle est rendue à sa famille, pesant 14,160 kg et mesurant 89 cm.

Elle reste très handicapée, mais est arrivée à acquérir une certaine autonomie lui permettant de s'intégrer à une vie familiale.

PHILIPPE F... — A subi une colostomie à l'âge de 2 jours pour imperforation ano-rectale, puis une néphro-urectomie gauche pour malformation urinaire ; fait ensuite deux autres séjours hospitaliers.

A l'entrée, enfant de 19 mois, grand hypotrophique, poids 7,800 kg. Taille 75 cm, porteur d'un anus iliaque, est très retardé comme développement psycho-moteur, ayant toujours vécu à l'hôpital. Le psychologue lui donne un niveau mental de 8 mois. Présente des mouvements stéréotypés des membres supérieurs.

A 24 mois c'est toujours un enfant craintif et triste, il ne marche pas.

A 29 mois il marche seul, court, est plus calme, mais reste instable. Il agite parfois encore les mains de manière stéréotypée ; son développement mental : 18 mois (à part le langage inexistant).

A 33 mois parle un peu, le contact social est devenu normal.

A 36 mois il vient de passer un mois à l'hôpital pour abaissement colique, il a perdu 1 kg, il est redevenu nerveux, instable.

Actuellement il a 39 mois. Poids 11,180 kg. Taille 89 cm. Il repart à l'hôpital pour fermeture de son anus iliaque.

Cet enfant est, à notre avis, une bonne indication de pouponnière, car il est bien évident que les soins nécessités par son anus iliaque ne pouvaient être faits dans son milieu familial. Il reste en retard, mais il ne faut pas oublier qu'il a vécu à l'hôpital jusqu'à 19 mois, avec des souffrances et des chocs affectifs importants et répétés, qu'il n'a jamais pu créer de lien avec sa mère ou un substitut maternel stable. Mais les progrès faits jusqu'à présent laissent espérer encore une amélioration et peut-être, à force de patience et d'affection, une récupération totale ?

BERNADETTE G... — Polymalformée débile, pesant à terme 2,300 kg, enfant hospitalisée dès sa naissance pour :

— division du voile du palais sans participation du palais osseux ni bec-de-lièvre ;

— pied bot varus équin bilatéral ;

— luxation bilatérale de la hanche, de type tératologique avec malformations des fémurs et genu varum.

Enfant certainement encéphalopathe.

Elle entre à la pouponnière à 6 mois, plâtrée.

A 9 mois, elle pèse 3,800 kg.

A 1 an, il semble que l'enfant s'éveille un peu, elle se tient assise avec soutien, son développement mental : 5 mois.

A 15 mois, elle se tient assise seule, s'amuse bien, mais développement psychique stationnaire.

Elle a actuellement 27 mois, pèse 8,380 kg pour une taille de 71 cm.

Son Q.I. chiffré à l'hôpital a été estimé entre 35 et 50, elle ne fait aucun progrès psycho-moteur.

Il serait vain d'espérer un développement normal avec un tel support organique, quels que soient les soins affectifs donnés à cette enfant.

Il est difficile de juger aussi du développement psycho-moteur du dernier enfant, JEAN-PIERRE R..., car s'il était atteint de bec-de-lièvre total avec double fissure palatine pour lequel il a été hospitalisé deux fois, son développement a été surtout entravé par une hydrocéphalie évolutive débutant à 4 mois avec un P.C. de 45 (N. : 42).

A 14 mois, mise en place d'une valvule de Holter pour un P.C. à 52 et cet enfant est décédé à 18 mois au cours d'une intervention neuro-chirurgicale complexe. Les meilleurs soins ne peuvent suppléer l'inefficacité d'une partie de la substance cérébrale et il serait vain de juger des résultats obtenus sur ces enfants-là.

21 OBSERVATIONS INTERESSANTES

Nous avons dans un second temps recueilli 21 OBSERVATIONS qui nous ont paru INTERESSANTES ; nous avons observé personnellement tous ces enfants à un moment ou l'autre de leur séjour.

REGINE. — Entrée à la pouponnière à 11 mois 1/2. Son développement tant somatique que psychique était normal.

Régine était défigurée par une brûlure profonde intéressant l'hémi-face droite et les lèvres. Elle avait également une rétraction des doigts de la main droite.

Elle est restée 15 mois à la pouponnière et malgré 3 séjours de 15 jours chacun à l'hôpital pour greffes, elle s'est toujours développée normalement.

A 18 mois, c'est une enfant malicieuse, gaie, cherchant toujours à taquiner ses camarades, pleine de vitalité et turbulente, très bavarde.

Les soins affectueux de sa puéricultrice ont évité qu'elle prenne conscience de la plaie de son visage et qu'elle ne développe un complexe.

Elle quitte la pouponnière à 26 mois, très bavarde, pesant 12,680 kg pour une taille de 86 cm. Elle part en bon état, ayant pris 4 kg en 15 mois.

Le séjour en pouponnière n'a pas entravé son évolution psychique normale.

PATRICK. — Illustre ce fait bien connu qu'un enfant normal ne peut, à partir d'un certain âge et d'une certaine durée de séjour, continuer à se développer normalement en pouponnière.

Patrick entre à la pouponnière à 5 mois. Il est convalescent d'une lobectomie à la suite d'un abcès du poumon. Son séjour en pouponnière s'est poursuivi pendant 2 ans, car Patrick était un enfant abandonné et il a fallu chercher pour lui une famille adoptive apte à le choyer d'une façon plus exclusive qu'en collectivité.

De 5 à 18 mois, Patrick se développe normalement, il se tient assis à 8 mois, se tient debout à 14 mois et marche à 16 mois.

A 18 mois l'enfant a sensiblement son âge aux tests, mais il est agressif, exclusif et parle peu.

De 18 mois à 28 mois, l'enfant fait peu de progrès, aux tests il semble végéter, le psychologue note : « qu'il faudrait à cet enfant normal un climat d'élection dans lequel on s'occuperait bien de lui, il doit se développer vite avec un encadrement plus individualisé ».

Pour Patrick, les derniers mois en pouponnière n'ont pas été profitables, car il n'était plus une bonne indication de pouponnière et il s'ennuyait.

SALVADOR. — Prouve que la pouponnière permet à l'enfant de combler même un important retard psycho-moteur, puis de progresser normalement.

Salvador a subi à 1 mois une colostomie pour maladie de Hirschprung, à 2 ans 1/2 une intervention de Swenson et fermeture de son anus iliaque.

Il entre à la pouponnière 1 mois après son intervention, il pèse 9,500 kg. Il s'est mal adapté à la pouponnière, perdant 500 g en 1 mois. Il était anorexique et se faisait vomir.

Un mois après son entrée, à 32 mois le psychologue note que c'est un enfant facile et affectueux, qui dit quelques mots et comprend bien ce qu'on lui dit, mais il a un développement psychique aux tests de 21 mois.

En 2 mois son adaptation sociale devient bonne, son développement psycho-moteur satisfaisant et il parle bien.

A 3 ans le développement psycho-moteur est strictement normal, l'enfant court, s'amuse, est vivant, très attachant, il est bon camarade et s'intègre bien aux jeux.

Il quitte la pouponnière à 3 ans 1/2, pesant 12,600 kg pour une taille de 94 cm, en très bon état avec un développement normal. Il a pris 3,120 kg en 11 mois.

En résumé, Salvador a comblé en 6 mois un retard psycho-moteur très important, puis, les 5 derniers mois, a continué de progresser normalement.

Nous avons tenu à apporter ici 11 observations d'enfants ayant fait un long séjour du fait d'une cardiopathie et chaque fois nous avons noté une reprise de progression psycho-affective parallèle à l'amélioration de l'état de santé.

Il ne nous a jamais semblé que la vie collective, dans ces cas-là, pouvait empêcher ou entraver le développement psycho-affectif de l'enfant lié uniquement à la maladie, et cela, soit que l'enfant entre tout petit à la pouponnière, soit qu'il entre plus tard.

JEAN-PHILIPPE. — Son observation est des plus intéressantes, car il est *entré à la pouponnière à 7 mois*, ayant toujours vécu à l'hôpital. Il quitte la pouponnière à 3 ans et 8 mois, pour Giens.

Jean-Philippe est atteint de cardiopathie congénitale (C.I.V.).

Il prend 3,130 kg en 4 mois, mais il est très handicapé dans son évolution psycho-motrice par sa cardiopathie : dyspnée continue, cyanose importante au moindre effort. A 1 an, il se tient juste assis seul. Il quitte alors la pouponnière pendant 7 mois. A son retour, il pèse moins qu'au départ, 20 mois : 9 kg pour une taille normale de 81 cm.

A 25 mois, le psychologue lui donne un niveau mental de 15 mois, mais il note que l'enfant est très intelligent, mais handicapé par son état de santé.

Dès qu'il atteint 27 mois, amélioration de son état physique et à partir de cette date, progrès consants.

Le niveau mental évalué à 25 mois = 15 mois passe par les phases suivantes : 28 mois, niveau mental de 2 ans (sauf pour le langage : 15 mois). A 39 mois, il monte et descend l'escalier, les progrès continuent.

A 3 ans 1/2, poids 13,500 kg, taille 96 cm, comportement général normal, excellente communication avec l'entourage. Il était devenu très gâté par les puéricultrices, il les connaissait toutes, devenait très bayard et connaissait tous les détails de la vie de la pouponnière, chaque soir il aidait la monitrice à faire le compte rendu de la journée en lui signalant ceux qui avaient mouillé leur lit ou avaient mal mangé. Il faisait du tricycle dans les couloirs et servait de gazette pour propager les moindres détails.

Jean-Philippe était un enfant joyeux, heureux de vivre, qui devenait tyrannique, car trop gâté, et dont le développement était devenu normal grâce à des soins affectifs constants et patients.

!

Nous avons cru bon de détailler l'observation de Jean-Philippe. Certaines autres se calquent sur elle, et nous serons succincte.

Tel est le cas de FARIDA, qui a actuellement 31 mois, elle est toujours à la pouponnière, où elle était entrée à 3 mois 1/2 pour cardiopathie congénitale (C.I.V. au complet).

A 9 mois elle est très retardée, elle ne se tient pas assise seule, elle pèse 5,600 kg (P.N. 3,200). Elle a subi deux hospitalisations, la première pour pneumopathie avec atélectasie, la deuxième pour défaillance cardiaque et œdème subaigu du poumon.

A partir de 1 an, parallèlement à son état de santé, elle progresse vite : à 15 mois elle se tient debout dans son parc ; à 21 mois elle marche, elle est bien adaptée à la vie du groupe, elle est toujours très retardée (développement mental : 12 mois), mais elle progresse constamment.

A 24 mois elle revient à la pouponnière après un séjour de 2 mois dans sa famille, où les conditions sociales sont déplorables, elle a perdu 1.260 g. En 3 mois elle rattrape son poids de départ, mais à ce stade, elle tombe souvent, ne mange pas seule, n'est pas propre, elle dit quelques syllabes, elle a très peu progressé depuis 6 mois, à cause sans doute de son séjour néfaste chez elle.

Puis, de 27 mois à 30 mois, l'état général est bon, 13,400 kg, taille 89 cm et on constate « que l'âge mental est actuellement presque égal à l'âge réel, le résultat est très encourageant ». Elle court bien, monte et descend les escaliers, mange seule, au cours des tests, parle beaucoup.

OUARDA. — Elle aussi entrée à 3 mois 1/2, atteinte de cardiopathie congénitale (C.I.V. large), fait un séjour de 31 mois.

A 9 mois, elle ne se tient pas assise, *mais à 15 mois* elle commence à marcher.

A 24 mois, l'enfant commence à parler, mais apparition de troubles caractériels : hurlements dès qu'une personne étrangère l'approche.

A 31 mois, elle quitte la pouponnière, pesant 12,500 kg, taille 91. Elle est toujours cabocharde, coléreuse, capricieuse, mais aussi comédienne. Elle a fait les derniers mois d'énormes progrès sur le plan social et dans son comportement : elle ne manifeste plus lorsqu'on l'approche.

Farida et Ouarda sont deux exemples similaires avec long séjour, 31 mois, résultat très satisfaisant pour Farida, qui a actuellement un développement tant somatique que psycho-affectif normal, et assez encourageant pour Ouarda, qui conserve au départ un retard de langage.

MICHEL. — Passe 24 mois à la pouponnière.

Il est atteint de cardiopathie congénitale (C.I.A. avec importante séméiologie respiratoire). Il entre à la pouponnière à 6 mois.

De 6 mois à 1 an, fait deux séjours hospitaliers, pour dyspnée sévère et pneumopathie.

A 1 an, il ne se tient pas assis, même avec appui.

Son développement mental : 5 mois, il est sous la dépendance d'un très mauvais état général.

A 18 mois, l'enfant fait quelques pas, mais tenu. L'enfant est intelligent, gros progrès depuis 6 mois, le retard persiste encore, niveau : 10 mois.

A 27 mois, les progrès continuent, mais apparition de troubles caractériels, enfant très capricieux.

A 31 mois, il pèse 11.420 kg pour une taille de 85 cm.

L'enfant est têtue, capricieux, est devenu trop gâté.

Le développement progresse, mais le retard persiste, surtout sur le plan du langage.

Le résultat de MOUSSA est moins satisfaisant, mais cet enfant, atteint de cardiopathie congénitale (C.I.V.) à dominance respiratoire a été très handicapé par des troubles respiratoires permanents, de plus Moussa est un encéphalopathe certain avec troubles nerveux caractériels et en raison de cela, son développement ne peut être strictement normal.

Il est entré à la pouponnière à 2 mois 1/2.

Il commence à marcher à 18 mois autour de son parc.

A 30 mois ses réactions intellectuelles sont lentes.

Actuellement il a 34 mois, quelques progrès sur le plan moteur, mais il parle toujours peu et surtout l'état est stationnaire sur le plan mental, alors que son état physique s'est amélioré ; il pèse 13,400 kg pour une taille de 94 cm.

JULIETTA est l'exemple d'une progression constante et maintenant elle a un niveau mental sensiblement normal.

Elle entre à la pouponnière à 7 mois, atteinte de cardiopathie congénitale peu sévère (petite C.I.A.), mais surtout grosse hypotrophique, 5,300 kg (pour un poids de naissance de 3,600 kg), liée sans doute à des conditions sociales, hygiéniques déplorables : dernière d'une fratrie de 11.

A 1 an, Juliette marche, elle est intelligente, éveillée, très active ; les progrès continuent régulièrement.

A 18 mois, elle pèse 8,700 kg, mais a une taille de un an, 75 cm (sa mère est très petite, taille inférieure à 1,50 m).

Son développement est assez bon, 16 mois aux tests, en dehors du langage inexistant.

A 2 ans les progrès sont toujours constants sur le plan moteur et sur celui de la compréhension. Son âge mental et son âge réel coïncident en dehors du langage.

Nous pourrions encore citer beaucoup d'autres exemples de petits cardiaques ayant profité d'un long séjour à la pouponnière : ce qui leur a d'abord permis de vivre en surmontant le cap difficile, puis grâce à des soins attentifs et aimants, à combler leur retard psycho-moteur comme physique et à se développer normalement. C'est un avantage pour ces enfants qui auraient pu, du fait du retard pris, ne pas se développer s'ils n'avaient été continuellement stimulés, et rester pour toute leur vie des inadaptés.

RENE. — Cardiopathie congénitale (C.I.V. avec H.T. pulmonaire).

Entre à 9 mois, ne se tenant pas assis, poids 6,200 kg (P.N. 4,200).

A 14 mois, se tient assis seul.

A 24 mois, il marche seul, syllabe, pèse 11,800 kg pour une taille de 86 cm.

A 34 mois, poids 13,500 kg, taille 94 cm, son comportement est bon. L'enfant est très retardé, mais peut s'intégrer à un groupe et surtout continue à progresser.

SERGE. — Cardiopathie congénitale (tétrade de Fallot).

Entre à 2 mois ; à 1 an il pèse 6,300 kg.

Il marche à 15 mois.

A 2 ans 1/2 il a un retard somatique, poids et taille de 2 ans et un retard psycho-moteur et intellectuel : 18 mois.

A 3 ans il subit une intervention (Potts), il perd 1 kg.

A 3 ans et 3 mois le psychologue note : « le développement psychomoteur est actuellement excellent, a pris 1 kg en 1 mois, l'enfant se transforme, commence à parler ».

L'exemple de Serge nous prouve combien l'état psychologique de l'enfant dépend surtout de son état de santé.

Si, comme avec Régine, nous avons pu montrer que l'influence directe de la pouponnière n'est pas néfaste chez un enfant normal, ici il faut tenir compte des troubles sévères entravant la croissance et on ne peut dissocier le développement somatique du développement psychomoteur et affectif.

ANNE-MARIE. — Entre à la pouponnière à 10 mois, pesant 6,200 kg (P.N. 4 kg), convalescente d'une intervention cardiaque : striction partielle de l'A.P. (Banding) pour une C.I.V. avec surcharge droite.

A 1 an elle ne s'assoit pas seule, elle a un niveau mental de 6 mois.

A 15 mois elle ne se tient toujours pas assise seule, mais à 18 mois elle commence à marcher, elle a pris 3,600 kg en 8 mois.

A 24 mois, l'enfant a un poids et une taille normaux, 12,120 kg, 85 cm et un développement psychique normal.

En 14 mois de séjour, Anne-Marie a donc récupéré un développement psycho-affectif normal en rapport avec la reprise pondérale, et cela malgré les longs séjours hospitaliers et l'intervention.

JEAN-MICHEL est malheureusement inopérable : « absence de V.C.I. et retour veineux abdominal assuré par la Grande Azygos, un ventricule unique et un énorme vaisseau de type troncus arteriosus duquel semblent naître les branches pulmonaires ».

Il s'agit ici de permettre à l'enfant d'avoir une vie agréable en lui donnant la possibilité de vivre heureux à la mesure de ses capacités.

Jean-Michel est entré à 3 semaines, il a passé toute sa première année sous la tente à oxygène, avec une otorrhée bilatérale chronique et un état général tel qu'à chaque instant on se demandait si ce ne serait pas le dernier.

A 13 mois l'enfant pèse 6 kg, il tient à peine sa tête, a un développement de 3 mois.

A 22 mois il pèse 8,500 kg pour une taille de 80 cm. Il est debout dans son parc et s'intéresse à la vie du groupe. Il est heureux et c'est là l'essentiel.

Il en est de même pour FARID, atteint aussi de Fallot inopérable. Cet enfant est entré à la pouponnière de La Chaux à 16 mois, pesant 10,540 kg, mesurant 80 cm, se tenant tout juste assis et ayant passé toute son existence à l'hôpital et pour qui le diagnostic de grave encéphalo-

pathie avait été porté. En fait son état physique ne lui a jamais permis de rattraper son retard, mais il s'est développé sur le plan physique et a fait quelques progrès sur le plan psycho-moteur.

A 4 ans il pèse 18,300 kg, il s'amuse dans son lit, se tient bien assis, mange seul un régime varié, ne peut se tenir debout, car il est en outre atteint de pied bot bilatéral qu'on avait négligé d'opérer, étant sûr à la naissance qu'il n'avait que quelques mois à vivre.

A 4 ans 1/2, il pèse 19,100 kg et quitte la pouponnière pour Giens. On a appris que son comportement social s'améliorait un peu, il a très bien reconnu une puéricultrice allée le voir à Giens. Là aussi, il s'agit de sauver la joie de vivre d'un enfant, aussi retardé soit-il, et non de faire des miracles, car Farid a un retard psychique dû aussi à une lésion cérébrale par ischémie, consécutive à sa cardiopathie.

Parmi les enfants faisant de longs séjours, il n'y a pas que les petits cardiaques et il nous plairait de citer encore quelques enfants passés dernièrement à la pouponnière, ou y étant encore actuellement.

CHRISTIANE et PIERRE sont nés, l'une le 30-5-62 et l'autre le 28-5-62. Ils sont entrés à la pouponnière, la première à 4 mois, le second à 5 mois 1/2, atteints tous les deux d'hyperplasie surrénale et de syndrome de Debré-Fibiger ; actuellement ils ont presque 3 ans et sont toujours à la pouponnière.

Tous les deux ont été hospitalisés depuis leur naissance. A la naissance, ils pesaient 3,450 kg et 3,300 kg.

Christiane a été un peu retardée, elle s'est tenue assise à 9 mois, debout à 15 mois, marche maintenant à 16 mois. Dit « papa et maman » à 15 mois aussi. Son développement pondéral est parallèlement retardé par une anorexie tenace, certainement liée à la maladie, puisqu'à 1 an elle ne pèse que 6,500 kg, à 18 mois, 8,020 kg, à 24 mois, 10 kg.

A cette époque, l'enfant mange toujours très mal, elle comprend bien ce qu'on dit, commence à parler. Elle subit à 30 mois une intervention de plastie pour son pseudo-hermaprodisme féminin ; son développement continue à être retardé par deux accidents de déshydratation ayant nécessité chaque fois l'envoi à l'hôpital et la mise en perfusion. Elle a actuellement 34 mois et ne pèse que 10,200 kg.

Lorsque sa maladie sera stabilisée et bien équilibrée, certainement Christiane se développera mieux.

Pierre, quant à lui, a marché à 15 mois et il a toujours eu un développement satisfaisant, son développement physique a été meilleur que celui de Christiane, mais pesait à 1 an 8,700 kg. A 18 mois, 10,300 kg.

A 2 ans, 11,100 kg, taille 85 cm.

Pierre commence à parler à 2 ans, mais il est violent, agressif, capricieux.

A 30 mois, il parle mieux.

A 32 mois, le psychologue lui donne un développement tout à fait normal pour son âge et note qu'il commence à se fatiguer de la vie collective.

DOMINIQUE. — Son observation pourrait être rapprochée de celle de Salvador : ils ont tous les deux une colostomie pour Maladie de Hirschprung, mais Dominique est entrée plus petite à la pouponnière.

Elle est entrée à 3 mois, pesant 4,180 kg.

A 6 mois, elle a un comportement normal, elle fait un séjour à l'hôpital pour syndrome toxique.

A 9 mois elle se tient assise, est souriante, mais encore peu adaptée aux tests : 6 mois.

A 15 mois son développement somatique est toujours bon, mais son développement psychique semble stagner ; elle se tient debout appuyée, elle est peu active : 9 mois.

A 18 mois, 10,600 kg, taille 80 cm, elle marche seule, mais semble toujours passive devant les tests.

Puis, entre 18 mois et 20 mois, gros progrès psychiques, comportement habituel satisfaisant, elle marche, court, joue, mange seule, le développement moteur et social est satisfaisant, mais ne parle toujours pas.

A 25 mois, elle revient de l'hôpital après un long séjour, elle a subi l'intervention de Swenson, elle a maigri de 2 kg, elle pèse 10,300 kg. Taille 85 cm.

A 27 mois, pèse 11,050 kg, marche seule, court, joue, fait la ronde, mais réactions lentes, pleure toujours devant les tests, le développement mental paraît stationnaire : 15 mois.

A 30 mois, pèse 12,300 kg. Taille 87 cm, l'état général est bon, la convalescence semble terminée, le développement psycho-moteur s'est amélioré, l'enfant est souriante, affectueuse, gentille avec ses camarades, s'intéresse aux jeux.

MARIANNE. — Reste 17 mois à la Pouponnière de La Chaux. Elle entre à 1 mois, pesant 3,540 kg pour une taille de 54 cm. Elle présente un ensemble malformatif avec agénésie de la pyramide nasale et colobome des deux yeux, avec imperforation narinaire gauche ; à droite, minuscule pertuis dans lequel on passe difficilement un stylet. L'enfant a besoin de gavage, respire difficilement et cependant a toujours fait des progrès, son développement a été parallèle au développement normal, un peu retardé cependant :

A 6 mois, l'enfant s'éveille nettement et son intelligence paraît presque normale.

A 1 an, l'enfant se développe remarquablement, surtout depuis 1 mois ; elle se tient assise seule et se met à genoux, elle sourit et est très gracieuse, elle mange bien, prend les objets et cherche à s'amuser. Enfant éveillée, active, très sociable.

A 15 mois elle fait ses pas, soutenue.

A 18 mois, elle marche, dit quelques mots, encore un peu retardée, mais résultat très encourageant.

SERGE. — Entre à 1 mois et son séjour dure 23 mois. Serge a toujours un développement retardé, mais en deux ans d'existence, il a 4 hospitalisations.

La première à 2 mois, pour cure de hernie inguinale irréductible, les trois autres hospitalisations pour les trois temps opératoires de son bec-de-lièvre, à 7 mois, à 8 mois 1/2 et à 21 mois.

A son entrée, à 1 mois, Serge pèse 2,340 kg (P.N. 2,500 kg) pour une taille de 46,5 cm. L'enfant était cependant né à terme.

A 8 mois, il sourit, tient sa tête, ne se tient pas assis. Son développement est de 4 mois environ.

A 1 an, il ne se tient toujours pas assis, son développement est retardé et stagnant.

A 21 mois, l'enfant commence juste à faire quelques progrès, et nouvelle hospitalisation.

A 24 mois, il pèse 10,360 kg pour une taille de 84 cm. L'enfant se tient debout seul, il commence à faire ses premiers pas, il est très apeuré et demeure très retardé, quoique ses progrès soient constants depuis son dernier retour de l'hôpital.

Pour NADINE aussi, il faudrait pouvoir la suivre pendant longtemps après sa sortie de pouponnière pour voir si les progrès continuent. Le retard semble être en rapport avec une débilité considérable. Ses progrès, quoique lents et entravés par un développement somatique déplorable, ont été certains.

Nadine pesait 1,820 kg à la naissance, elle était jumelle prématurée.

A l'entrée, le 13-2-62, Nadine a 7 mois 1/2, elle pèse 4,960 kg, elle continue à vomir (plicature gastrique) et se déshydrate.

A 11 mois elle pèse 5,130 kg.

A 15 mois elle ne prend toujours pas de poids, elle a un retard psycho-moteur tel que le pronostic paraît très sombre, elle est impossible à tester, vu son état général lamentable.

Entre 15 et 18 mois, les vomissements s'atténuent, prise de poids de 1 kg. Elle se développe parallèlement du point de vue psycho-moteur : elle se tient assise seule.

A 19 mois elle se tient debout appuyée, on commence à pouvoir entrer en contact avec elle, elle n'est pas inintelligente, mais a un retard très important.

A 21 mois, elle marche appuyée au parc, elle s'amuse bien avec les autres enfants.

A 2 ans, est en progrès — poids et taille de 1 an — l'enfant commence à marcher, main tenue, elle est toujours très en retard, mais depuis 8 mois a franchi les étapes importantes du développement, elle a acquis successivement la position assise, la station debout, le jeu et même la marche. Le pronostic est tout différent.

L'enfant est dans une période d'acquisitions assez riche. Elle dit « maman » ; c'est une enfant affectueuse, très exclusive et attachée à ses puéricultrices, a besoin d'un climat d'affection et de sécurité.

A 27 mois, les progrès sur le plan social et collectif continuent, l'enfant paraît beaucoup mieux équilibrée, plus heureuse aussi, aux tests elle a environ 12 mois, le climat de sécurité dans lequel elle se trouve actuellement doit permettre la continuité des progrès.

A 28 mois, le comportement social est normal, le contact est bon, aux tests : 15 mois. Progrès constants, mais langage presque inexistant.

A 2 ans 1/2, pèse 9,400 kg. Taille 79 cm. L'enfant actuellement dit quelques mots.

A 33 mois son niveau mental = 18 mois, il est en rapport avec son retard somatique. On peut espérer que la progression va continuer et que d'ici un ou deux ans, l'enfant aura comblé son retard.

EVELYNE a, elle aussi, un développement analogue à celui de Nadine. Elle est née à terme le 2 mai 1961, mais pesait 2,030 kg. Elle entre à la pouponnière à 11 mois, le 29-3-62, pesant 5,680 kg. Taille 67 cm.

Elle ne peut manger seule et on doit la gaver.

Un mois après son entrée, elle a pris 600 g et mange à la cuillère ; elle se tient assise, commence à jouer dans son parc, prend contact.

A 15 mois elle commence à marcher, a grossi de 1,300 kg dans le trimestre.

Elle est éveillée, sourit, dit au revoir, envoie des baisers, joue avec tout ce qu'elle trouve, dit quelques syllabes ; elle est toujours retardée : 10 mois, mais semble s'adapter et récupérer rapidement.

A 18 mois, les progrès psycho-moteurs continuent, mais l'enfant est instable, ses réactions sont encore lentes, réels progrès en dehors du langage : 15 mois.

A 21 mois, l'enfant dit quelques mots.

A 2 ans, pèse 9,400 kg. Taille de 77,5 cm. L'enfant marche, court, est très éveillée, débrouillarde, parle un peu, mais son comportement révèle un fond d'instabilité, l'enfant a de la peine à se fixer : 18 mois.

Les progrès continuent, chaque jour progressivement.

A 2 ans, Evelyne est une enfant petite, 77,5 cm et menue, 9,320 kg, qui est bien intégrée au groupe des grands et s'amuse bien.

A 2 ans 1/2 elle pèse 10,620 kg et mesure 85 cm. C'est le moment où nous faisons la connaissance d'Evelyne : c'est une enfant vive, très active, un peu instable, elle est très affectueuse avec ses puéricultrices, elle a un grand ami, Jean-Philippe, dont nous avons vu l'observation plus haut, et ne veut pas s'endormir avant qu'il ne lui ait dit au revoir. D'ailleurs il joue un peu les grands frères sentencieux avec elle. Evelyne est devenue, comme lui, l'enfant gâtée de la pouponnière de La Chaux. Elle semble bien adaptée à la vie collective et comblera son retard dans un climat familial. La pouponnière lui a permis, par un « maternage » sans défaillance, de rattraper un peu son retard pondéral et, par une ambiance de jeux et d'affection, de la stimuler et d'éveiller son intelligence.

A 2 ans 1/2 le psychologue lui donne environ 2 ans et fait un bon pronostic.

Elle quitte la pouponnière à 33 mois, elle reste toujours retardée sur le plan somatique, puisque son poids et sa taille correspondent à ceux d'un enfant de 2 ans environ. Son développement intellectuel est retardé aussi, mais il a été constant depuis son entrée et a suivi parallèlement son développement somatique.

SIXIÈME PARTIE

ENFANTS DE L'HOTEL MATERNEL

Organisation de « l'Hôtel Maternel »

Parallèlement à la vie de la pouponnière et indépendamment d'elle, fonctionne un « Hôtel Maternel ».

Une quinzaine de mères célibataires sont admises à la pouponnière G. Richer avec leur enfant ; elles y restent un temps variable et en échange de menus services rendus à la pouponnière (aide à la cuisine, au ménage, à la buanderie), elles peuvent garder leur enfant avec elles, s'attacher à lui ; cette solution, en général provisoire, leur permet de chercher calmement un travail tout en étant assurées « du vivre et du couvert » pour le jour présent ; de plus, ces quelques mois passés là permettent souvent à leur famille d'accepter l'enfant.

Ces mamans ont à la pouponnière de coquettes chambres où elles vivent et dorment avec leur enfant.

Pendant les heures de travail des mamans, leurs enfants sont pris en charge par des puéricultrices affectées spécialement à ces enfants qui ont en effet une pièce spéciale pour eux, sans aucun contact avec les autres enfants, afin de ne pas transmettre d'épidémies, car ces enfants peuvent sortir de la pouponnière avec leur mère et lorsqu'ils sont grands, plusieurs sont même envoyés à la classe maternelle à Saint-Cyr-au-Mont-d'Or.

Ils ont les mêmes soins d'hygiène, les mêmes soins médicaux, la même diététique que les autres enfants, mais ils sont toujours à la garde de leur mère lorsque celle-ci est libre.

De même, lorsque la mère prend ses vacances, dans la mesure du possible, elle emmène son enfant avec elle.

De plus, ces femmes reçoivent une aide morale appréciable, et la directrice étudie avec elles les moyens qu'elles peuvent trouver pour reprendre contact avec la vie.

Nous allons constater quel peut être le développement psychomoteur et affectif de ces enfants vivant en collectivité, mais avec leur mère.

Enfants recrutés pour l'enquête et moyens d'étude

Nous avons lu les observations de 101 enfants de mères célibataires passés à la pouponnière en 10 ans, de 1953 à 1964.

La plupart restent trop peu de temps pour que les résultats de cette statistique puissent être intéressants. Il est évident que pour beaucoup de ces mères, affolées et rejetées souvent de leur famille par ces grossesses en dehors de la légalité, la pouponnière présente une solution provisoire d'attente, où, reprenant peu à peu pied avec la réalité, apprenant à aimer leurs enfants, elles reprennent courage et envisagent alors une autre solution pour leur enfant : soit nourrice qu'elles auront le temps de choisir, soit simplement de confier leur enfant à leur famille, le temps écoulé depuis la naissance permettant souvent aux familles d'accueillir l'enfant.

Ainsi, sur 85 enfants entrés avant septembre 1963, 57 sont restés un temps très court et n'entrent pas dans notre étude.

Nous étudierons donc les 28 enfants entrés avant septembre 1963 et dont le séjour est suffisamment long pour se prêter à une enquête, et les 16 enfants présents à la pouponnière entre septembre et décembre 1963.

Généralités sur ces enfants

Notre enquête générale porte donc *sur 44 enfants*.

Nous avons vu que ce qui posait un problème pour l'enfant en pouponnière et qui pouvait l'handicaper dans son développement psychomoteur et affectif, ce qu'il fallait donc éviter à tout prix, était la *sensation d'insécurité*.

Nous avons vu que cette sécurité était double :

— sécurité affective donnée à l'enfant par un substitut maternel valable et stable ;

— sécurité d'ambiance donnée à l'enfant par des locaux clairs et frais, ouvrant à l'extérieur sur le chant des oiseaux, et par des jeux appropriés à son âge.

Que malgré ces précautions très bien réalisées à la pouponnière, le handicap de l'enfant en pouponnière, aussi réduit que possible, existe malgré tout et qu'il se traduit essentiellement, non plus comme il y a une vingtaine d'années, par une stagnation ou même une régression des acquisitions, mais par un léger décalage dans l'âge de ces acquisitions, d'ailleurs souvent en rapport non pas avec la vie collective, mais simplement avec le trouble organique commandant l'admission : nous avons en effet prouvé que des enfants normaux à l'entrée pouvaient se développer entièrement normalement par la suite.

Nous avons cependant noté toujours un retard dans l'acquisition du langage et cela malgré les stimulations affectives auxquelles ces enfants sont soumis.

Nous voulons savoir ce qu'il en est chez les enfants élevés dans les mêmes conditions d'hygiène et de vie collective, mais avec leur mère.

De même que nous avons étudié le substitut maternel des enfants en pouponnière pour essayer de démontrer leur valeur, de même il nous semble important de voir si les mères célibataires peuvent donner à leur enfant la sécurité affective que chaque enfant attend de sa mère.

Leur situation de « mères célibataires » souvent retentit sur leur équilibre psychologique et ces femmes traversent une période de déséquilibre pouvant retentir sur l'enfant qui a besoin, tout petit, que les relations mère-enfant soient faites de douceur et de calme.

Parfois, le fait même qu'elles soient mères célibataires provient d'un déséquilibre affectif antérieur, souvent lui-même dû à des troubles affectifs remontant à l'enfance : parents dissociés, cellule familiale n'existant pas, etc...

De nos observations sur *l'âge des parents*, il ressort que *l'âge moyen du père est de 25 ans* ; souvent ces détails sont cachés pour garder l'anonymat et il est difficile de tirer des conclusions valables.

Sur 29 pères dont nous connaissons l'âge, 14 ont entre 20 et 25 ans.

L'âge moyen de la mère est de 22 ans 1/2.

Sur 33 femmes, 7 ont en dessous de 20 ans et 18 entre 20 et 25 ans.

En général, ces « couples » sont accordés comme âge et on ne peut tirer de conclusions valables, sauf peut-être pour Marie-Christine, dont le père avait 22 ans et la mère 30 ans, et qui n'a jamais pu nouer avec sa mère des relations affectives valables.

De même, pour le *poids de naissance de ces enfants*.

Les chiffres trouvés sont identiques à ceux des statistiques normales (ce qui tendrait au moins à prouver que le fait d'avoir un enfant en dehors du mariage — et tout ce que cela implique de troubles moraux — ne favorise en rien un accouchement avant terme).

Pour les 21 garçons observés, le poids de naissance moyen a été de 3,370 kg, allant de 2,200 kg à 5,000 kg.

Pour les 22 filles, le poids de naissance moyen a été de 3,000 kg, allant de 1,900 kg à 3,600 kg.

Il s'agissait presque toujours d'une première grossesse, mais parfois d'une seconde et même d'une troisième, ce qui alors laissait douter de l'équilibre de ces femmes.

La durée du *séjour est variable*, mais en gros on peut diviser ces enfants en deux groupes :

— ceux pour qui ce séjour est provisoire, solution d'attente permettant à la mère de rechercher une situation extérieure à la pouponnière. Ce sont les plus nombreux, faisant un séjour inférieur à 6 mois et permettant un certain roulement dans cet hôtel maternel ;

— ceux qui restent longtemps, la mère s'étant fait une situation assez stable à la pouponnière, ou, pour une raison ou l'autre, cette vie lui convenant par sa facilité : pas de responsabilités, ni de soucis.

Sur 101 enfants, 32 ont vécu à la pouponnière plus d'un an, dont 17 entre 1 et 2 ans ;

15 pendant plus de 2 ans.

Quelques observations

Nous prenons pour exemple les 15 enfants ayant fait un séjour supérieur à 2 ans, afin de pouvoir juger de leur développement psycho-moteur et aussi de l'âge d'apparition du langage.

Pour ceux dont nous avons relu les observations et que nous ne connaissons pas, nous serons succincts :

— Anne-Thérèse et Michelle, ayant passé 24 mois à la pouponnière ; Christian, 27 mois ; Chantal, 28 mois ; Medhi André, 29 mois ; Joelle, 30 mois ; Marie-Christine, 31 mois ; Jean-Paul, 32 mois ; Félix, 39 mois.

Nous nous attarderons un peu plus sur les enfants que nous avons connus et suivis personnellement :

— Mireille, ayant passé 26 mois à la pouponnière ; Nadine et Nathalie, actuellement depuis 38 mois à la pouponnière ; Gilles, ayant passé 5 ans à la pouponnière.

— Le développement somatique de ces enfants a toujours été correct et leur développement psycho-moteur aussi.

— L'acquisition du sourire, de la préhension, de la station assise, de la station debout s'est faite à un âge normal.

— La marche a souvent été retardée, car souvent les mères ne sollicitent pas assez leur enfant et même si elles les aiment beaucoup, elles préfèrent parfois lire ou parler entre elles plutôt que de s'astreindre à stimuler leur enfant et à l'aider à marcher.

— Le développement du langage a été normal dans tous les cas et souvent même avancé, car ces mères seules prennent souvent leur enfant pour confident.

— Le développement de la sociabilité a été bon, mis à part une agressivité assez marquante chez les plus grands mis à l'Ecole Maternelle à Saint-Cyr : enfants mordant facilement ou un peu caractériels. Cela a été jugé sur Gilles, Nadine et Nathalie, Sabine et Roland, tous à l'Ecole de Saint-Cyr et que nous avons pu continuer à suivre épisodiquement avec assez de recul.

Peut-on cependant essayer de tirer des conclusions sur si peu de cas, compte tenu du grand nombre d'enfants agressifs dans les écoles maternelles ? Il nous a semblé cependant que cette agressivité constatée chez les plus grands, à un âge où l'enfant commence à avoir besoin d'une autorité paternelle au-dessus de lui, pouvait venir de l'absence de cellule familiale, de l'absence de foyer, en un mot de l'absence de « triangulation », selon l'expression du Docteur Fr. BOUCHARD.

Ces troubles peuvent provenir du manque d'autorité paternelle, mais aussi être secondaires à la sollicitude anxieuse dont ces mères délaissées et frustrées peuvent charger leurs relations avec leur enfant.

Enfin, il est sûr que l'absence de frères et sœurs donne à l'enfant cette mentalité un peu particulière d'enfant unique, car l'équilibre familial n'est pas complet si la rivalité entre frères et sœurs n'existe pas, rivalité, facteur de dynamisme et de réussite.

1^{er} GROUPE

ANNE-THERESE. — Entrée à la pouponnière à 5 mois, pesant 6,160 kg, c'est une enfant très éveillée qui se tient déjà assise.

Elle marche seule à 1 an, puis à partir de 18 mois, devient nerveuse, anorexique avec sa mère (l'anxiété maternelle est très importante).

A 2 ans, elle pèse 11,400 kg pour une taille de 87 cm.

Elle quitte la pouponnière à 28 mois, pesant 12,800 kg ; elle est très éveillée, dégourdie et d'un développement psycho-moteur normal.

MICHELLE. — Sa mère a 19 ans.

Elle entre à la pouponnière à 3 mois 1/2, pesant 6,080 kg. Elle a, jusqu'à sa sortie de la pouponnière, à 26 mois, toujours eu un développement tant physique que psycho-moteur et affectif normal.

A 26 mois, elle pèse 14 kg, c'est une belle enfant.

CHRISTIAN. — Entre aussi à 3 mois 1/2, pesant 5,800 kg.

Il quitte la pouponnière à 31 mois, pesant 12,100 kg.

C'est un enfant menu, petit, mais bien proportionné.

Il quitte la pouponnière en bon état, son développement est normal.

CHANTAL. — Entre à 2 mois 1/2, pesant 5,050 kg.

A 18 mois, elle marche très bien seule.

Elle quitte la pouponnière à 31 mois, pesant 15,200 kg pour une taille de 94 cm.

C'est une belle enfant bien proportionnée, de développement psycho-moteur normal.

MEDHI ANDRE. — Sa mère a 18 ans.

Il entre à 3 mois.

Se tient assis à 8 mois.

Marche à 18 mois.

Commence à parler à 2 ans.

Quitte la pouponnière à 30 mois, pesant 15,600 kg pour une taille de 92 cm.

Son développement est normal.

JOELLE. — Elle entre à 4 mois 1/2, pesant 5,840 kg.

Elle quitte la pouponnière à 33 mois, pesant 14,380 kg.

A elle aussi son développement psycho-affectif fut toujours normal.

MARIE-CHRISTINE. — Sa mère a 30 ans, son père 22 ans.

Elle entre à la pouponnière à 3 mois, pesant 5,620 kg. Elle a un développement somatique et moteur normal.

Elle quitte la pouponnière à 34 mois, pesant 15 kg, en très bon état général, mais elle est très nerveuse à la suite de contacts maternels incompréhensifs, sa mère est bizarre, instable. Marie-Christine grossit beaucoup chaque fois que sa mère est en vacances et elle reperd du poids dès que sa mère revient.

A 33 mois, à la visite médicale, il avait été noté que l'enfant refusait toute nourriture avec sa mère et qu'il serait souhaitable de la séparer d'elle un certain temps.

JEAN-PAUL. — Entre à 2 mois, pesant 5,340 kg.

Il part à 34 mois, pesant 13,700 kg.

C'est un enfant normal à tous points de vue.

FELIX. — Entre à la pouponnière à 2 mois 1/2, pesant 5,140 kg.

Il marche à 18 mois.

Il s'en va à 3 ans 1/2, pesant 14,620 kg et il est noté au départ que son comportement intellectuel était normal.

Il nous a paru intéressant de rapporter ces observations, aussi succinctes soient-elles, du fait de la longueur du séjour qu'ont fait ces enfants en collectivité. Ils se sont tous développés normalement.

Seule Anne-Thérèse a eu des troubles (anorexie), liés à l'anxiété d'une mère hyperprotectrice et captatrice, et Marie-Christine, à la suite de mauvaise relation dans le couple mère-enfant, ne trouvait pas la sécurité près d'une mère trop instable.

2° GROUPE

Les observations suivantes sont celles d'enfants que nous avons connus et suivis :

SABINE. — Entre à la pouponnière à 2 mois.

Elle avait à sa sortie de la pouponnière 30 mois, elle pesait 12,400 kg pour une taille de 86 cm. C'était une enfant de petite taille, bien proportionnée.

Son développement intellectuel est normal.

A l'Ecole Maternelle de Saint-Cyr, où elle est entrée juste après sa sortie de la pouponnière, elle s'est bien intégrée au groupe scolaire, elle s'amuse bien, mais elle est têtue et surtout agressive : elle mord et tire les cheveux. Elle est aussi capricieuse : elle se roule par terre et est même capricieuse un peu, semble-t-il, pour attirer l'attention de l'institutrice sur elle et capter ainsi son affection.

MIREILLE. — Sa mère a 24 ans, Mireille est son 3° enfant, elle a deux sœurs de 3 ans et 2 ans, elles sont toutes les trois de père différent.

Elle entre à la pouponnière à 2 mois 1/2.

A 6 mois elle se tient assise, elle est très éveillée.

A 9 mois elle se tient debout et fait quelques pas dans son parc.

A 2 ans elle parle bien, elle a même été très précoce sur le plan du langage : sa mère en a fait sa confidente et elle s'occupe bien de son enfant, dont le développement psycho-moteur est très bon.

Mireille quitte la pouponnière à 28 mois, pesant 12,500 kg pour une taille de 87,5 cm.

ROLAND. — A 4 mois 1/2, il pèse 6,480 kg.

A 6 mois il se tient assis ; à 1 an se tient debout, commence à marcher.

A 18 mois, à 2 ans, l'enfant est normal.

A 2 ans 1/2 il commence à parler.

Il a actuellement 34 mois, il pèse 14,500 kg et mesure 95 cm. Il est toujours à la pouponnière.

L'enfant est un peu en retard, il n'est pas propre et parle encore mal, il a un comportement assez bébé. Il s'entend très bien avec les jumelles Nadine et Nathalie, de 2 mois 1/2 ses aînées, mais qui se moquent de lui parce qu'il n'est pas propre.

Il va à l'Ecole de Saint-Cyr et a un très bon comportement social.

GILLES. — C'est l'enfant qui a passé le plus long temps à la pouponnière : 5 ans.

Il est entré à 1 mois 1/2, pesant 4,460 kg.

A chaque examen médical, tous les 3 mois, puis tous les 6 mois, il a toujours été noté que son comportement était normal ainsi que son développement.

— A 1 an il pèse 9,800 /g.

— A 2 ans, 12,900 kg. Taille 90 cm.

— A 3 ans, 14,700 kg. Taille 100 cm.

— A 3 ans 1/2, 16 kg. Taille 106 cm.

C'est un très bel enfant qui, à partir de 15 mois, a toujours eu un poids et une taille bien supérieurs à la normale, malgré des ennuis rhino-pharyngés très fréquents.

Il est resté à la pouponnière jusqu'à l'âge de 5 ans.

Les deux dernières années, il était à l'Ecole de Saint-Cyr, c'était un bel enfant très éveillé, très intelligent, un peu cabochard, qui mordait souvent. Il a toujours eu un comportement normal et à 2 ans 1/2 il parlait couramment.

NADINE et NATHALIE. — Jumelles dont la mère — 28 ans — avait déjà une fille de 9 ans.

Elles sont entrées à la pouponnière à 3 mois ; elles y sont encore actuellement, elles ont 3 ans et 4 mois.

A l'entrée, Nadine pesait 4,420 kg et Nathalie, 4,480 kg.

Elles se tiennent debout à 9 mois, commencent à marcher à 1 an.

Elles pèsent alors respectivement 9,740 kg et 8,900 kg et mesurent toutes les deux 73 cm.

— A 13 mois Nathalie a une pneumonie grave, elle maigrit beaucoup.

— A 15 mois elles marchent très bien toutes les deux.

— A 18 mois elles parlent déjà bien et sont très sottes.

— A 2 ans leur comportement psychique est normal, elles pèsent respectivement 14 kg et 13,100 kg pour une taille de 87 cm.

— A 25 mois, Nadine se fait une fracture du col du fémur en renversant une lourde balance sur elle, le séjour hospitalier, l'immobilisation et la séparation d'avec sa sœur sont assez bien supportés.

— A 2 ans 1/2, elles pèsent 14,600 kg et 14,400 kg pour une taille de 91 cm.

— Actuellement elles ont 3 ans 1/2, elles vont à l'Ecole de Saint-Cyr, sont très turbulentes, très éveillées, mais aussi très agressives, elles mordent et tirent les cheveux.

Nadine et Nathalie ont toujours eu un comportement normal, un développement psycho-affectif même assez précoce et elles ont parlé très tôt : à 18 mois elles parlaient très bien, mais elles étaient toujours ensemble et leur mère les prenait à témoin de tous ses soucis.

Il est, bien sûr, très difficile de faire une comparaison et à plus forte raison de vouloir tirer des conclusions en comparant deux groupes d'enfants, dont l'un ne comprend, en principe, que des enfants sains, alors que l'autre groupe comprend, par définition, des enfants débiles, mais il est simplement dans notre propos de constater des faits vus.

Les observations nous montrent que ces enfants restent normaux, ne présentent pas de retard dans les acquisitions psycho-motrices, ceci est évidemment dû à la présence de la mère.

Parfois la mère a un rôle néfaste, tel est le cas de Christine qui, vers 18 mois, devenait nerveuse, anorexique — juste avec sa mère — et qui grossissait pendant les vacances de celle-ci, qui n'avait pas su lui donner la stabilité, la sécurité.

Il faut comprendre aussi que ces mères ont, du fait de leur situation irrégulière — et que les lois actuelles tendent à mieux comprendre — des problèmes importants à résoudre.

De plus elles ont souvent subi un choc affectif important, par abandon du père par exemple, par rupture avec leur famille. Ce sont donc souvent des femmes instables, en déséquilibre, qui ne peuvent nouer avec leur enfant des relations stables et confiantes.

Parfois ce sont des femmes qui étaient instables avant la naissance de leur enfant, des déséquilibrées affectives, ou des femmes immatures, souvent d'ailleurs ces troubles ont une origine familiale : enfance malheureuse, parents dissociés, etc...

Cette instabilité ayant précédé la grossesse, n'en étant pas la conséquence, dans ces cas-là, bien sûr, le lien affectif ne peut être noué de façon satisfaisante, car ces femmes-là n'ont pas accepté leur grossesse, n'ont pas admis leur enfant et ne ressentent pour lui qu'indifférence parfois coupée d'élan excessifs : femmes embrassant leur enfant et après les laissant dans leurs berceaux sans soins, sans les sortir, sans les stimuler (les retards de marche sont dus à cette non-stimulation de l'enfant).

On ne voit par contre pas ou peu de retard du langage, car ces femmes prennent souvent leur enfant pour confident, pour compagnon.

L'enfant donc aura un développement psycho-moteur et affectif normal, du fait de la présence de la mère.

Les enfants que nous avons pu suivre particulièrement longtemps, mis avec d'autres enfants du même âge, se sont révélés spécialement agressifs : le manque de cellule familiale, d'autorité paternelle, et la situation d'enfant unique, ne peuvent être comblés uniquement par la présence de la mère ; à partir de 2 ans 1 2, 3 ans, la mère, indispensable dans la toute petite enfance, ne suffit plus à élever son enfant normalement.

Le fait de donner à l'enfant jeune la possibilité de « dialoguer » avec sa mère d'une façon individuelle, lui permet de développer son langage.

Dans certaines pouponnières, de très petit effectif, les enfants acquièrent la parole, mais il ne faut pas oublier que dans une pouponnière de 150 enfants, quel que soit le modernisme des installations et l'affection que chaque enfant reçoit, il ne peut être question de vie familiale, au sens strict du terme.

SEPTIEME PARTIE

ESSAI DE SYNTHESE ET DEDUCTIONS PRATIQUES

Notre but en entreprenant ce travail était de pouvoir répondre à la question : Quelle a été l'adaptation et l'évolution psychique des enfants confiés à la pouponnière, en nous basant sur les *464 enfants* entrés en 1963.

Période d'adaptation

En recoupant les *110 observations* détaillées d'enfants étudiés plus particulièrement, il nous est apparu :

— Que tous les enfants traversaient une période d'adaptation plus ou moins difficile, comme cela se voit d'ailleurs toujours chez l'enfant devant toute situation anormale ou nouvelle ;

— Mais que cette phase inévitable était, en général, très vite dépassée, qu'elle ne durait que 8, 10 jours et qu'elle se traduisait, dans la majorité des cas, par des pleurs dans les premières 48 heures, puis par une stagnation pondérale pendant 8 à 10 jours sans aucun trouble du comportement.

Dans certains cas, cependant, on peut voir des adaptations plus difficiles, s'accompagnant de poids stationnaires ou même légèrement abaissés : il est assez curieux de noter que ces cas nous ont paru plus nombreux dans l'une des pouponnières, la pouponnière-école G. Richer, où le lazaret comporte presque uniquement des boxes de 2 ou 3 berceaux et où les enfants ont moins de calme que dans l'autre pouponnière où les boxes sont individuels.

Il semblerait donc que la demi-solitude pendant les premiers jours soit favorable à l'enfant, en lui permettant de mieux s'adapter à sa nouvelle vie, sans être dérangé par d'autres enfants, n'ayant ainsi à s'habituer qu'aux soins de sa puéricultrice, qu'il adopte d'habitude assez rapidement. Il entre en contact peu à peu, sans en être incommodé, avec les autres personnes à travers les vitres de son box.

Très peu d'enfants s'adaptent mal et ce sont alors :

— Soit des enfants traumatisés antérieurement

- par de nombreux séjours hospitaliers ;

- par un trouble organique les ayant empêchés de se développer normalement : cas de *Slémame* et *Thierry*, deux grands eczémateux ;

- par une situation familiale les ayant déjà sensibilisés à la séparation : cas de *Sylvie*.

— Soit des enfants ayant un mauvais équilibre affectif antérieur : cas de *Yasmina*, placée en nourrice jusqu'à 25 mois, puis rendue à sa famille (8 enfants) pendant 4 mois, puis mise à la pouponnière ; le choc affectif latent s'est cristallisé et démasqué par cette nouvelle séparation.

Un seul enfant ne s'est pas du tout adapté : *Paul*. C'était un enfant normal mis à la pouponnière pour cause sociale, qui présentait déjà des troubles caractériels avant son entrée.

En conclusion, nous n'avons noté aucune réaction de détresse intense comme l'avaient noté J. AUBRY et BOWLBY, ni agitation importante, ni prostration, ni régression des acquisitions antérieures à l'entrée de la pouponnière, simplement pleurs pendant les deux premiers jours et cela surtout à l'occasion des soins normalement donnés par la mère.

Beaucoup plus rarement, refus de contact avec l'adulte, pendant quelques jours.

Parfois, importante chute de poids (*Sylvie*).

Exceptionnellement, état d'inhibition totale vis-à-vis de l'adulte (*Paul*, qui ne parlait qu'avec ses camarades de box).

Il nous est apparu que les enfants ayant noué un lien affectif valable antérieurement avec leur mère réagissaient avec beaucoup plus de facilité, comme si le fait d'avoir trouvé une sécurité avec leur mère et dans leur milieu familial leur avait permis de réagir beaucoup plus facilement et d'une façon saine à des situations nouvelles.

Pour apprécier cette adaptation de l'enfant, nous nous sommes essentiellement guidée sur l'observation clinique, attentive et constante des enfants, aidée en cela par les tests, qui sont difficiles à réaliser au début du séjour, car souvent facteur d'angoisse, et aussi par les courbes de poids, tant il nous est toujours apparu qu'elles étaient un reflet fidèle des états d'âme du jeune enfant.

Période de séjour

Nous avons également conclu, avec certitude, qu'il est possible de maintenir une bonne hygiène mentale chez l'enfant : on lui permet non seulement de se développer normalement lorsqu'il est normal à l'entrée (enfants venus pour cause sociale ou pour troubles n'affectant pas l'état général ni la croissance, par exemple Didier et Régine), mais aussi on lui donne la possibilité de combler le retard psychomoteur parfois très important avec lequel un grand nombre de ces enfants arrive à la pouponnière (enfants ayant subi des chocs affectifs ou traumatiques prolongés ou répétés : hospitalisations antérieures ou interventions chirurgicales).

Affolés par tout nouveau contact avec l'adulte, et craignant chaque fois une nouvelle expérience douloureuse, ces enfants se replient sur eux-mêmes. Pour eux la *sécurisation* est la condition primordiale leur permettant peu à peu de se sentir à l'aise et de faire des progrès. *C'est alors le rôle essentiel des puéricultrices de remplacer la mère d'une façon affectivement identique.* Elles doivent redonner à l'enfant le goût de la vie, le goût de la lutte, le goût du jeu. Cela est possible si chaque enfant est toujours en contact avec la même puéricultrice ; il faut que celle-ci ait le temps de donner à chaque enfant, en dehors de stricts soins d'hygiène toujours les mêmes et toujours dans le même ordre, sa présence affective, de le prendre dans ses bras et de lui parler comme savent le faire les mamans, de jouer avec lui s'il est petit et de le stimuler sans cesse s'il est plus grand.

Dans un deuxième temps, une fois l'équilibre atteint, ayant réussi à faire oublier à l'enfant ses souffrances antérieures, il faut lui permettre de continuer à progresser normalement.

Nous avons pu suivre 27 enfants ayant fait un long séjour, supérieur à 1 an, et c'est chez eux que nous avons pu étudier la progression psycho-motrice et affective ; elle a toujours été bonne et si nous n'avons pu toujours obtenir un résultat exactement superposable à la normale, il a toujours suivi une courbe ascendante

parallèle à la normale. Pour les cas où de pareils résultats ne sont pas obtenus, il faut faire remarquer que les enfants admis à la pouponnière sont des débiles, souvent des retardés psycho-moteurs avec troubles nerveux organiques dont le long séjour en pouponnière était commandé par une maladie chronique, souvent invalidante, comme les cardiopathies. Il nous est apparu alors extrêmement intéressant de constater qu'il y a parallélisme entre les progrès psychosomatiques et affectifs et les périodes d'amélioration de la maladie : cas de Jean-Philippe, de Pascal. D'ailleurs les tests successifs montrent, à chaque nouvel examen, l'amélioration des tests en même temps que celle des troubles fonctionnels : cas de Salvador, Farida, etc...

On a souvent remarqué que l'enfant en pouponnière a un langage moins développé que l'enfant dans sa famille. Cela est dû uniquement à ce qu'il a moins souvent l'occasion de parler, du fait de la collectivité. Mais la puéricultrice peut parfaitement développer chez lui le langage, car il n'a qu'un retard purement fonctionnel.

Bien sûr, *il est évident que la famille est le lieu d'élection pour un bon développement chez l'enfant et on ne doit en aucun cas lui substituer une institution collective, aussi valable soit-elle, sans motifs sérieux et sans possibilité de résoudre autrement le problème.* C'est pourquoi, à notre avis, les indications d'admission en pouponnière doivent être soigneusement pesées pour essayer de limiter ces indications aux enfants qui bénéficieront vraiment de leur séjour : enfants atteints de maladies chroniques nécessitant des soins impossibles à donner dans un milieu familial normal.

Il faut aussi discuter la valeur de l'entrée en pouponnière pour des cas dans lesquels la santé générale de l'enfant n'est pas en cause, mais où il s'avère que le milieu familial n'est pas adapté au comportement de l'enfant. Ainsi en est-il des troubles caractériels, de l'anorexie, de l'insomnie. Le temps de passage à la pouponnière permet d'abord à la mère de diminuer son anxiété personnelle, qui réagit sur celle de l'enfant, et de prendre conscience de la possibilité d'amélioration des troubles présentés par l'enfant, et d'autre part, à l'enfant, d'amorcer une rééducation qui ne s'avère pas possible dans un milieu familial créateur de troubles.

Les éléments essentiels qui jouent dans le maintien et la progression du bon développement psycho-affectif de l'enfant, après la première phase de « sécurisation » où la puéricultrice a le rôle-pivot, sont toujours l'élément affectif donné par le même visage, mais aussi, à ce stade, *les activités personnelles et les jeux.*

Dans les activités personnelles, il faut faire une part importante *aux repas* : l'enfant a besoin, tout comme l'adulte, pour éprouver l'envie de manger, donc le plaisir, d'une alimentation variée et bien présentée, et ceci quelque soit son régime.

Quant *au jeu*, à tous les stades du développement de l'enfant, il en est le ressort et l'élément dynamique. Il lui permet, tout petit, d'exercer sa préhension et d'y prendre plaisir, puis il lui permet d'acquérir des notions nouvelles de formes et de volumes, enfin il lui donne la possibilité de lutter et de dominer sa peur lorsqu'il est plus grand.

Ainsi, tout petit, l'enfant s'intéresse aux jeux de lumière (rôle important des grandes baies vitrées), puis il s'intéresse aux couleurs et aux mouvements par les « mobiles » suspendus au plafond ou aux murs dans les boxes des plus petits. Puis toute la gamme des jeux éducatifs pour les plus grands entre alors en cause, chacun adapté à l'âge de l'enfant et à ses possibilités, ainsi que les jeux où l'enfant extériorise son besoin d'espace et sa vitalité : toboggan, bicyclette, balançoire...

Tout est jeu pour l'enfant et il suffit, dans les promenades quotidiennes avec les plus grands, de savoir les guider et leur apprendre ; en se servant de la nature comme d'un livre d'images.

CONCLUSIONS

1) Le placement des nourrissons et jeunes enfants en pouponnière est indiqué par des nécessités de santé :

- soit qu'il s'agisse d'affections chroniques,
- soit de convalescence de maladies aiguës,
- soit de troubles passagers, souvent nés d'un conflit mère-enfant, ne pouvant être résolus que par une interruption momentanée du contact familial.

Ce placement ne peut être envisagé que si les collectivités permettent à l'enfant un développement psycho-moteur normal.

2) Nos observations portant sur 464 *enfants*, et plus particulièrement sur 110, permettent de montrer que ce résultat peut être obtenu. L'observation clinique de ces enfants et les résultats des tests successifs montrent la progression constante du développement psycho-moteur pendant le séjour, parallèle à l'amélioration de l'état physique et ceci même si le séjour est très prolongé, supérieur à un an dans 27 de nos observations.

3) La condition primordiale reste dans la présence d'un personnel spécialisé, techniquement impeccable et sachant créer autour de l'enfant un climat affectif, nécessaire à sa « sécurisation » et, partant, à son développement psycho-moteur.

4) L'ADAPTATION est fonction de l'âge de l'enfant et aussi de son passé affectif. Elle semble dépendre des conditions de vie et d'ambiance au Lazaret et la demi-solitude paraît bien favoriser une meilleure adaptation, plus rapide. Dans notre étude,

59 % des enfants se sont adaptés facilement,

39 % un peu plus lentement mais normalement,

2 % ne se sont pas adaptés.

5) LE SEJOUR a toujours été profitable à condition que l'indication de placement en pouponnière ait été bien posée. Pendant cette période, il faut noter l'importance *des centres d'intérêt* capables de stimuler l'enfant (jeux).

6) Nos observations portant sur *44 enfants*, vivant avec leurs mères dans un hôtel maternel fonctionnant parallèlement dans un secteur de la pouponnière, mais dans les mêmes conditions de vie collective, montrent des différences pouvant certainement être attribuées à la présence de la mère et à son attitude.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE :

Pr JEUNE

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 4 mai 1965

Vu, LE DOYEN :

J.-F. CIER

LE RECTEUR,

Président
du Conseil de l'Université :

P. LOUIS

BIBLIOGRAPHIE

AUBRY J. — La carence de soins maternels. Centre International de l'Enfance. *Presses Universitaires*, 1955.

BERTOYE P. — Le comportement psychique des nourrissons placés en pouponnière. *Annales de Pédiatrie*, N° 60, 22 juin 1957.

— Surveillance de l'équilibre affectif et psychique du nourrisson malade placé en pouponnière.

— Considérations sur l'hospitalisme.

— Les jeux du nourrisson. Discours prononcé à l'Académie des Sciences, Belles-Lettres et Arts de Lyon, 14 mai 1963.

BERTOYE P. et DUMORAND C. — Pouponnières de La Chaux.

BORNICHE P. — La croissance normale. *Horizons Médicaux*, 1963.

BOUCHARD Fr. — Les besoins affectifs du nourrisson et du jeune enfant. « *Le Nid* », revue éditée par Nestlé, juillet 1960, N° 12.

BRACHET M.-Cl. — Problèmes soulevés par l'hospitalisation dans les services d'enfants. *Thèse* Paris, avril 1959.

BRUNET O. et LÉZINE I. — Le développement psychologique de la première enfance. Présentation d'une échelle française pour examens des tout-petits. Paris, *Presses Universitaires de France*, 1951.

CHENU M. — Contribution à l'étude du développement psycho-moteur chez les enfants élevés en pouponnière. *Thèse* Paris, juin 1959, N° 610.

DOUMIC A. — Les problèmes psychologiques du nouveau-né. « *Naitre* », N° spécial de *La Vie Médicale*, Noël 1963, p. 49.

- DUCHÉ J. — Arriération affective. *Médecine Infantile*, novembre 1963, N° 9.
- KOHLER C. — Besoins de l'enfant et famille. *Cahiers Laennec*, 1957.
- LANG J.-L. — Quelques principes d'organisation en hygiène mentale infantile. *Cahiers Laennec*, Hygiène Mentale, N° 2, 1957.
- LAUNAY Cl., VERLIAC Fr., TRELAT J., LYARD D. — Carence des soins maternels dans la première enfance. *Semaine des Hôpitaux de Paris*, 32^e année, N° 16, 30 avril 1956.
- PASQUI Cl. — Le retour dans sa famille de l'enfant hospitalisé. Conséquences psychologiques et psychopathologiques de l'hospitalisation chez l'enfant. *Thèse Paris*, N° 452, juin 1958.
- PIC Fr. — Hygiène mentale des enfants du premier âge en collectivité. *Thèse Paris*, 11 mai 1960, N° 331. (Préface de E. LESNE et J. RAGU-FREY).
- PICHON E. — Le développement psychique de l'enfant et de l'adolescent. Masson, 1936.
- RAGU-FREY J. — Les carences psychiques du premier âge. Incidences pratiques. *La Semaine Médicale*, 3, 1956, p. 73.
- Rapport sur les problèmes d'hygiène mentale posés par la séparation des jeunes enfants de leur mère. *Cahiers Laennec*, Hygiène Mentale, N° 2, 1957.
- SPITZ. — La perte de la mère par le nourrisson. *Enfance*, nov.-déc. 1948, p. 373.
- VIEU C. — Contribution à l'étude du développement psycho-moteur des enfants du premier âge en collectivité. *Thèse Toulouse*, juillet 1957, N° 79.

TABLE DES MATIERES

	Page
— INTRODUCTION	11
— <i>Chapitre 1.</i> — Carence affective de l'enfant séparé de sa mère ; rappel historique et évolution des idées	15
— <i>Chapitre 2.</i> — Présentation de la pouponnière de la Chaux. Moyens pris pour la prévention des troubles affectifs et pour le bon développement psycho-moteur de l'enfant ..	21
— <i>Chapitre 3.</i> — Vie des pouponnières de La Chaux en 1963 ..	39
— <i>Chapitre 4.</i> — Observations détaillées des 110 enfants entrés entre septembre et décembre 1963. Leur adaptation. Leur évolution psycho-affective au cours du séjour	47
— <i>Chapitre 5.</i> — Observations de 27 enfants ayant fait un long séjour	81
— <i>Chapitre 6.</i> — Enfants de l'hôtel maternel	95
— <i>Chapitre 7.</i> — Essai de synthèse et déductions pratiques	105
— CONCLUSIONS	111
— <i>Bibliographie</i>	112

